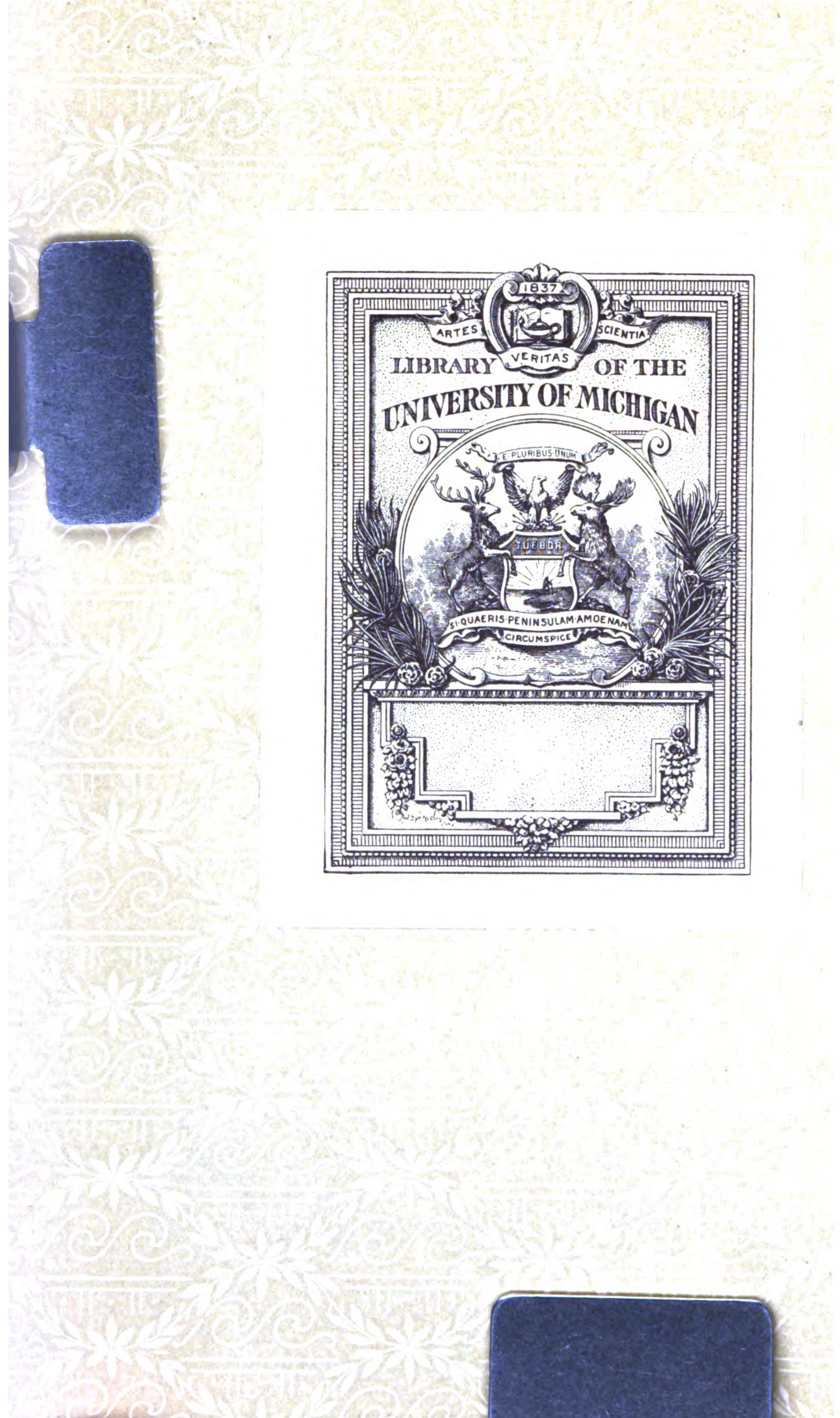

UNIV.
OF
MICH.



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Was sind

Geisteskrankheiten?

Von

Professor Dr. Rudolf Arndt
in Greifswald.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1897.

Was sind Geisteskrankheiten?

Von

Professor Dr. **Rudolf Arndt**

in Greifswald.

Die Frage, welche ich zur Überschrift der vorliegenden Abhandlung gewählt habe, ist schon mehrfach aufgeworfen und je nach dem Standpunkte des gerade Fragenden auch beantwortet worden. Der Psychologe beantwortete sie von seinem zur Zeit eingenommenen psychologischen Standpunkte, der Anthropologe von seinem in der Anthropologie vertretenen Standpunkte aus, war er Materialist, der materialistischen Weltanschauung gemäss, war er Monist, so dem Monismus, war er Dualist, so dem Dualismus entsprechend, und zwar als Vitalist, Animist, Spiritualist der Weltanschauung getreu, welche dem Vitalismus, Animismus und Spiritualismus zu Grunde liegt, war er insbesondere Pathologe und als solcher zumal Arzt, so im Einklange mit den pathologischen Anschauungen, welche er sich zu eigen gemacht hatte. Als Lokalpathologe beantwortete er sie im Sinne der lokalpathologischen Lehren, als Universalpathologe im Sinne der Lehren der Universalpathologie, dass nämlich örtliche Leiden lediglich der Ausdruck von Allgemeinleiden sein können, wie z. B. gewisse Leberleiden, Nierenleiden, die Folge von Schreck, gewisse Nervenleiden, Neuralgien und Spasmen, Anästhesien und Paralysen, die Folge von Urämie und Uratämie, von Alkohol- oder Tabakraucheinwirkung, wie ebenso gewisse Schleimhautkrankheiten, Knochenkrankheiten, die Folge von Dyskrasien, wie Skrophulose, Syphilis, Skorbut, oder aber, dass sich Allgemein-

leiden ausbilden, selbst wenn zunächst nur ein ganz eng begrenzter Teil des Körpers leidet, dass ein einfacher Knochenbruch, eine auf einen kleinen Raum beschränkte Knochenhautentzündung, eine blosse Zahnentwickelung, ein bedeutendes Fieber mit einer Temperatursteigerung bis auf 40° und 42°, ein recht arges Unpässlichkeits- und Wehgefühl des ganzen Körpers, eine tiefe, tiefe Missstimmung und schliesslich eine vollständige Haltlosigkeit der sonst durchaus gesetzt erscheinenden Persönlichkeit herbeiführen können. Hat er, der betreffende Pathologe, Arzt, sich jedoch noch zu keiner selbständigen Ansicht durchgerungen und von hergebrachten Lehren und Meinungen, wenngleich er sie auch nicht mehr ganz billigte und als unverbrüchlich erachtete, auch noch nicht loszumachen vermocht, da erklärte er dann, weil er selbst nichts Besseres beizubringen wusste: Was Geisteskrankheiten sind, das wissen wir eigentlich noch nicht recht. Da uns indessen bekannt ist, dass das Gehirn es ist, durch welches sich der Geist und was ihm nach den herrschenden Meinungen zugeschrieben wird, an den Tag legt, so müssen es auch Erkrankungen dieses und seiner Teile sein, welche die Geisteskrankheiten bedingen und in ihrem Wesen ausmachen. Es wurde dann wohl auch von ihm gesagt: Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten, infolge deren vorzugsweise die sogenannten geistigen Eigenschaften, das Fühlen, Vorstellen und Streben, gelitten hätten, und trotzdem, dass er eben erst geäussert, was Geisteskrankheiten seien, wüssten wir noch nicht recht oder vielleicht auch gar nicht, machte er sie dessen ungeachtet doch in lokalpathologischer Auffassungsweise zu blossen Gehirnkrankheiten.

Nun ist es zwar richtig, dass, was wir Geist oder im gewöhnlichen Sprachgebrauche, in welchem die beiden Ausdrücke nicht streng auseinander gehalten werden, wohl auch Seele oder in fremdländischer, altgriechischer Weise Psyche heissen, dass dieses Etwas, allen Erfahrungen nach, nur durch das Gehirn und zwar durch das grosse Gehirn und insonderheit durch die graue Rinde desselben vermittelt

wird; allein wird dadurch zugleich auch bewiesen, dass notwendigerweise Weise Geist, Seele, Psyche auch blos im Gehirne, lediglich durch dessen Arbeit, so zu sagen, entstehen, oder auch nur zu ihrer Bethätigung gebracht werden? Es giebt zwar eine weit verbreitete Lehre, welche das behauptet. Nach ihr sondert das Gehirn und seine einzelnen Zellen, beziehentlich Zellenverbindungen, die verschiedenen Geistes-, Seelen- oder psychischen Thätigkeiten ab, und, je nachdem jene geartet sind, treten diese als Gefühle, Empfindungen, Wahrnehmungen, als Vorstellungen überhaupt, als Gedanken, Gedankenverbindungen, als Wille und damit endlich als Verstand, Vernunft und Wille an sich in die Erscheinung. Durch ihre Folgen werden sie in derselben fühlbar, empfindbar, wahrnehmbar, indem ihre Äusserungen, Bethätigungen, entsprechende Handlungen wieder gefühlt, wieder empfunden, wieder wahrgenommen werden. Das Gehirn arbeitet, diesen Lehren nach, wie etwa die Leber, wenn sie Galle absondert, wie etwa die Nieren, wenn sie Harn, die Schweissdrüsen, wenn sie Schweiss, die Thränendrüsen, wenn sie Thränen ausscheiden, oder auch wie etwa das Herz, wenn es den Kreislauf des Blutes, beziehentlich die Lungen, wenn sie den Gasaustausch zwischen dem letzteren und der Luft der äusseren Umgebung besorgen. Das Gehirn arbeitet so, diesen Lehren nach, automatisch aus sich und seinen Zellen heraus, geradeso wie die Organe es thun sollen, deren eben Erwähnung geschehen ist. Und der Grund davon soll nichts weiter als die Autonomie, die Selbstherrlichkeit der Zellen sein, aus denen sie sich zusammensetzen, und die auch für ihre mannigfachen Verbindungen gelehrt worden ist, aber nachweislich nicht besteht. Alle Zellen sind durch ihre Umgebung bedingt und ändern, dieser entsprechend, ihre Thätigkeit und ihr Aussehen. Die Zellen aller mehrzelligen Körper bedingen zudem sich gegenseitig. Denn alle diese Zellen, mit Ausnahme der Blut-, der Lymph-, der Wanderzellen und dergleichen mehr, stehen, wenn auch die meisten vielleicht erst auf weiten Umwegen, mit einander in Ver-

bindung und beeinflussen sich vermittelst ihrer Verbindungen gegenseitig. Jede Zelle eines mehr- oder vielzelligen Körpers steht, ausgenommen die eben genannten, mit jeder anderen Zelle dieses Körpers in Verbindung und ist von ihr abhängig. Von einer wirklichen Autonomie kann danach bei ihnen keine Rede sein und mithin von einer Autonomie und ihr entsprechenden Automatie des Gehirnes und seiner Teile ebenso wenig. Das Gehirn als Seelenorgan, als Organ des Geistes, als sogenanntes psychisches Organ, ist durchaus abhängig von dem ganzen übrigen Körper, beziehungsweise seinen Zellen. Die Nerven, durch welche es mit diesen zusammenhängt, und ohne die es keine Thätigkeit, auch keine geistige, seelische, psychische, entfalten kann, bringen die fragliche Abhängigkeit mit sich.

Wenn nun aber das Gehirn kein autonomes und darum auch kein automatisch arbeitendes Organ ist, als was erweist es sich denn wohl sonst?

Das Gehirn der Wirbeltiere, des Menschen, entsteht, wie bekannt, aus den Hinterhörnern oder Hintersäulen des grauen Kernes des Rückenmarkes und damit erst in einer Zeit, wo dieses längst angelegt und selbst eine gewisse Differenzierung in sich schon erfahren hat. Es entsteht in dem jeweiligen Individuum also erst verhältnismässig spät. Das Rückenmark jedoch geht aus dem obersten, dem epidermoidalen Keimblatte desselben, dem Hautsinnesblatte, hervor. Nach der Entwickelung und Abspaltung des untersten oder sogenannten Darmdrüsenblattes von ihm, welches letztere vielleicht auch als das epitheliale oder Darmsinnesblatt bezeichnet werden könnte, bleiben im sogenannten Achsenstrange des bezüglichen Embryo nichtsdestoweniger die nunmehr vorhandenen zwei Keimblätter doch innig mit einander verbunden, und die betreffende Verbindung hält das ganze Leben an. Im Achsenstrange geht eine lebhafte Zellwucherung vor sich. Seine Zellen vermehren sich durch Teilung; allein ihre Teilung wird nie eine vollständige. Durch feine Protoplasmamassen, meist dünnfädiger Natur, bleiben sie vielmehr immer in Zusammenhang. Infolge

dieser Zellwucherung erheben sich in seiner, des Achsenstranges, Mitte zwei Längswülste, die Rückenwülste oder Markwülste, und in dem Masse, als diese höher und höher werden, kommt zwischen ihnen eine Rinne oder Furche zum Vorschein, die Primitivrinne oder Markfurche.

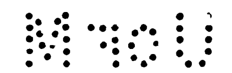
Die Primitivrinne oder Markfurche ist belegt mit den Zellen des Hautsinnesblattes, in welchem sie entstand. Diese ihre Zellen stehen also auch im innigsten Zusammenhange mit den Zellen des letzteren, und zwar vermitteln den besagten Zusammenhang die Protoplasmamassen, welche bei jeder der beregten Zellenteilungen zwischen ihnen zurückbleiben. Auf durch Vererbung festgelegten Bahnen bringt sich das zur Erscheinung. Aus diesen Zellen geht durch Vermehrung derselben, sei es durch Zuwachs von aussen, von und über die Rückenwülste her, sei es durch Teilungen, die bei ihnen selbst Platz gegriffen haben, die Masse des Rückenmarkes hervor! Die Rückenwülste heben sich während dessen mehr und mehr, neigen sich mit ihren oberen freien Rändern gegen einander, neigen zusammen, verwachsen mit einander und bilden so ein Rohr, in dessen Inneren das Rückenmark liegt, und das darum Markrohr genannt worden ist. Es wird gewöhnlich gelehrt, dass dieses Markrohr mit seinem Inhalte, dem Rückenmarke, sich allerdings wohl in der geschilderten Weise bilde, aber damit auch von der Umgebung abschnüre. Der letzt gebrauchte Ausdruck jedoch führt leicht zu Missverständnissen. Denn das Rückenmark schnürt sich in Wirklichkeit nicht von seiner Umgebung, namentlich auch nicht von dem mit Bezug auf den Achsenstrang als Seitenplatten bezeichneten seitlichen oder peripheren Teile der Keimblätter überhaupt ab. Durch einzelne Zellenzüge, welche die Wand des Markrohres mit seinen schon mannigfach differenzierten Zellen auf den oben erwähnten durch Vererbung festgelegten Bahnen durchsetzen, bleiben sie mit diesen, insonderheit mit einzelnen ihrer Gruppen, verbunden.

Inzwischen haben sich die beiden Keimblätter, beziehentlich ihre Seitenplatten, bis zum Achsenstrange ge-

spalten. Aus den bisher nur zwei Zellenplatten sind ihrer vier entstanden, und von diesen liegen die neu entstandenen, die sekundären, zwischen den älteren, den primären. Die primären Keimblätter sind die beiden Sinnesblätter; die sekundären heissen die Faserblätter. Sie alle hängen mit dem Achsenstrange und durch den Achsenstrang unter einander und dadurch wieder auf den angegebenen Bahnen mit dem Rückenmarke zusammen.

Ähnlich wie das Rückenmark aus dem Hautsinnesblatte, entwickelt sich der Stamm des Nervus sympathicus aus dem Darmsinnes-, d. i. dem Darmdrüsenblatte. Aber tritt jenes an der oberen Fläche des Achsenstranges auf, so kommt dieser an dessen unterer Fläche zur Ausbildung, und wird jenes danach in das Markrohr eingeschlossen, so bleibt dieser Zeit Lebens frei an der Oberfläche liegen. Durch bestimmte Zellenzüge, noch aus der ersten Bildungszeit des Embryo herstammend, bleibt er dessen ungeachtet mit jenem in Zusammenhang, und in ebenfalls durch Erbschaft ständig gewordenen Bahnen, welche zum Teil mit jenen zusammenfallen, in denen der Zusammenhang des Rückenmarkes mit den Zellen des Hautsinnesblattes stattfindet, macht er sich offenbar.

Stehen nach den bisherigen Darstellungen alle Zellen, Bildungszellen, eines werdenden Körpers, und für den hier verfolgten Zweck, besonders eines werdenden Wirbeltierkörpers, beziehentlich eines Menschen, in Zusammenhang und zwar in einem Zusammenhange, der vermittelt wird durch feinfädige Protoplasmamassen, welche sie unter einander verkleben, so ist dennoch dieser Zusammenhang besonders innig zwischen gewissen Zellengruppen. So ist er z. B. vornehmlich eng zwischen den einzelnen Sinnesblättern und dem jedem derselben zugehörigen Faserblatte, also wieder z. B. zwischen dem ersten und zweiten und zwischen dem vierten und dritten, und zwar sogenannten sekundären, Keimblatte. Je mehr sich der betreffende Körper entwickelt, je grösser er dabei wird, und das geschieht vorzugsweise durch Zunahme und Ausbildung der



Seitenplatten und ihrer Elemente, je mehr dabei in Bezug auf ihn als Ganzes sein Axenstrang sich verkleinert, namentlich verschmälert, so dass von ihm im fertigen Ganzen nur noch Wirbelsäule und Kopf zeugen, um so mehr, jedenfalls um so deutlicher, gewisser, zeigt sich dieser Zusammenhang lediglich vermittelt durch das Rückenmark und den Stamm des Nervus sympathicus. Durch Rückenmark und Stamm des Nervus sympathicus, die ja auch noch wieder unter einander in Verbindung stehen, werden zuletzt allein noch alle Körperteile in Zusammenhang und damit denn auch jede Zelle mit jeder Zelle des Körpers in Verbindung erhalten.

Die die Zellen verbindenden Protoplasmamassen festigen sich, werden derber, mehr oder weniger grobfädig und durch die dabei vor sich gehende Vereinigung mehrerer solcher, in derselben Richtung liegenden, derbfädig gewordenen Massen, zu Nerven. Die in den Sinnesblättern entstehenden Nerven treten so von der Peripherie derselben in die Erscheinung und entwickeln sich weiter nach dem Rückenmarke und dem Stamme des Nervus sympathicus zu; die in den Faserblättern auftretenden Nerven dagegen entwickeln sich vom Rückenmarke und dem Stamme des Nervus sympathicus her und bilden sich nach der Peripherie hin aus. In der Richtung, in der die Nerven entstehen und sich ausbilden, lassen sie sich auch nur in der ihnen eigenen Weise, d. i. in ihrer Energie, erregen, und leiten sie auch nur ihre jeweilige Erregung, beziehentlich Erregtheit, weiter. Die in den Sinnesblättern entstehenden und entstandenen Nerven, die Sinnesnerven im weitesten Sinne des Wortes, die, wie wir wissen, Gefühle vermitteln, leiten die genannte Erregung somit blos von der Peripherie des Körpers nach seiner Mitte, seinem Centrum, und dem in ihr gelegenen Rückenmarke, beziehentlich Stamme des Nervus sympathicus zu, die aus dem Rückenmarke, sowie dem Stamme des Nervus sympathicus hervorgesprossten Nerven dagegen, die sich in den Faserblättern verbreiten, von der Mitte, dem Centrum, des

Körpers nach seiner Peripherie. Jene heissen darum centripetale, diese centrifugal gehende Nerven. Jene übertragen die Wirkungen der Aussenwelt und ihrer Kräfte, Reize, von des Körpers Oberfläche nach seinem Inneren; sie nehmen die Reize, beziehungsweise ihre unmittelbaren Wirkungen auf und in ihm selbst auf. Diese befördern sie wieder nach der Peripherie und schaffen sie über dieselbe in die Umgebung, d. h. wieder die Aussenwelt, hinaus. Jene könnten deshalb auch als receptive, diese als reaktive Nerven bezeichnet werden. Denn jene vermitteln eben, wie gesagt, die Reizeinwirkungen, die auf ihn, den Körper, erfolgen und zu wagen Gefühlen, dunkleren Empfindungen oder bestimmten klaren Wahrnehmungen in ihm führen; diese vermitteln die Bethätigungen desselben. Durch jene wird darum Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, Getast, Hunger und Durst und das Gefühl all der Bedürfnisse zu stande gebracht, welche im Tiere sich regen können; durch diese werden Ernährungsvorgänge zu Wege gebracht, welche durch Wachstum, durch Ab- und Ausscheidungen oder Massenbewegungen sich an den Tag legen.

Jeder Sinnesnerv geht durch das Rückenmark oder auch den Stamm des Nervus sympathicus, in deren Protoplasmamassen zwischen ihren Zellen oder in deren einzelnen Zellen er sich auflöst, in einen Bethätigungsnerv über, der aus diesen seinen Ursprung nimmt. Jeder Sinnesnerv und jeder zugehörige Bethätigungsnerv stellen damit aber gewissermassen blos einen einzigen Nerven dar, der in einem Sinnesblatte seinen Anfang, in dem zugehörigen Faserblatte sein Ende hat und inmitten seines Verlaufes, von zelliger Masse, Rückenmarksmasse, sympathischer Zellenmasse, einzelnen Zellen selbst, unterbrochen wird. Der Anfangs- und der Endteil eines solchen Nerven, seine receptive und seine reaktive Abteilung, liegen in der Regel ganz dicht zusammen, indem im Rückenmarke, in der sympathischen Zellenmasse jene in diese scharf umbiegt, reflektiert; die beregte Rückenmarks-, die beregte sympathische Zellenmasse, die etwaige einzelne Zelle scheint infolge-

dessen dem dadurch entstandenen Bogen, Reflexbogen, des ganzen jeweiligen Nerven gleichsam aufzusitzen und zwei Nerven, einen receptiven und einen reaktiven, mit einander zu verbinden.

Tausende, Millionen solcher Nerven liegen zusammen, in ihrem Verlaufe bis zu und von der Mitte wohl isoliert, aber in der Mitte selbst durch ihre Rückenmarks-, beziehentlich sympathischen Zellenmassen mit einander verschmolzen. Die mit einander verschmolzenen Rückenmarksmassen der einzelnen Nerven bilden das Rückenmark als Ganzes. Die mit einander verschmolzenen sympathischen Zellenmassen bilden den Inhalt der Knoten, die Ganglien, des Stammes des Nervus sympathicus an sich. Da im Rückenmarke, in den Ganglien des Nervus sympathicus die centripetal leitenden, receptiven, Sinnesverven in centrifugalleitende, reaktive, Bethätigungsnerven umgebogen, reflektiert werden, so erweisen sich Rückenmark und Knoten, Ganglien, des Stammes des Nervus sympathicus als blosse Reflexapparate, in denen die Kräfte der Aussenwelt, bezüglich des Weltalles, in die sogenannten Lebenskräfte eines Körpers und deren Äusserungen umgesetzt werden. Im Rückenmarke erfahren einen solchen Umsatz zunächst nur diejenigen der beregten Kräfte, welche auf die äussere Körperoberfläche wirken; in den Ganglien des Nervus sympathicus hingegen diejenigen, welche auf die innere ihren Einfluss ausüben. Da indessen Rückenmark und Stamm des Nervus sympathicus mit einander in Verbindung stehen — durch die Rami communicantes zwischen beiden, findet ein gegenseitiger Austausch ihrer Elemente statt — so werden in beiden Reflexapparaten auch beide der erst genannten Kraftkategorien in alle, dem betreffenden Körper eigene, Lebensvorgänge übertragen. Rückenmark und der mit ihm verbundene Stamm des Nervus sympathicus sind somit ein Reflexapparat, vermittelst dessen jeder beliebige Reiz, der einen Wirbeltierkörper irgendwo angreift, in jede beliebige Äusserung desselben übergeführt werden kann.

Rückenmark und Stamm des Nervus sympathicus entwickeln sich je länger, je mehr. Es differenzieren sich ihre Zellenmassen, indem einzelne derselben sich in grössere, zellenähnliche Körper mit längeren oder kürzeren Fortsätzen, sogenannte Ganglienkörper, umwandeln; ihrer andere dienen mit ihren Protoplasmamassen der Bildung von Nervenfasern, durch welche die mannigfaltigsten festeren Beziehungen und Verbindungen zu stande kommen. Im Rückenmarke sind diese Differenzierungen besonders weitgehend, und das Rückenmark selbst ist infolge dessen ein zu so vielfachen Beziehungen der Art fein ausgearbeiteter Mechanismus, dass es in dem ganzen Reflexapparate: Rückenmark — Stamm des Nervus sympathicus, als der unendlich wichtigere Hauptteil desselben erscheint. Der Nervus sympathicus macht ihm, das von Nervenfasern der Länge, von oben nach unten und von unten nach oben, und der Quere nach, von rechts nach links, sowie von links nach rechts, durchzogen wird, das von Gruppen von Ganglienkörpern jeder Form und bezüglichen Grösse, von Protoplasma in bestimmter Begrenzung und Gestalt, der sogenannten grauen Nervensubstanz, durchsetzt ist, der Nervus sympathicus macht ihm gegenüber einen solchen Eindruck der Minderwertigkeit, der Abhängigkeit, dass er vielfach sogar als ein blosses Erzeugnis, als ein Abkömmling jenes, des Rückenmarkes, angesehen worden ist. Allein das ist er, seiner ganzen Entstehung, seiner ganzen Entwickelung nach, nicht; doch ist er ihm infolge seiner Verbindungen mit ihm durch die bekannten Rami communicantes vornehmlich nach seiner Erzeugung des Gehirns, wenigstens bis zu einem hohen Grade, unterthan geworden. Qui a compagnon a maître!

Aus diesem Hauptteile nun des besprochenen Reflexapparates, dem Rückenmarke, das gewissermassen inmitten des gesamten Nervensystemes, der percipierenden und reagierenden, sowie der gewöhnlich für eine diesen beiden gleichwertig gehaltenen sympathischen Abteilung desselben liegt, entwickelt sich das Gehirn. Es entwickelt sich aus

der Protoplasmamasse der hinteren Abteilung seines sogenannten grauen Kernes, d. i. aus dem Teile desselben, welcher späterhin, nach weiterer Differenzierung, den Namen seiner Hinterhörner oder Hintersäulen führt. Beim Hühnchen erfolgt das zwischen dem ersten und zweiten, vielleicht auch erst am zweiten, Bebrütungstage, beim Kaninchen nicht vor dem neunten Entwickelungstage, beim Menschen erst in der zweiten Entwickelungswoche (Bischoff, His, Haeckel, Kölliker).

Die grauen Hinterhörner oder Hintersäulen des Rückenmarkes gehören aber noch ganz der receptiven Abteilung des Nervensystemes an; seine grauen Vorderhörner oder Vordersäulen zählen zu der reaktiven; die sie verbindenden Teile sind vielleicht gemischter Natur, zum Teil hierher, zum Teil dahin gehörig. Im gewöhnlichen Sprachgebrauche wird die receptive Abteilung des Nervensystemes als die sensible, die Gefühlsabteilung, bezeichnet; die reaktive wird, wie im Gegensatze dazu, die motorische, die Bewegung erzeugende, genannt. Doch ist das nicht gut. Es giebt zu Missverständnissen Veranlassung, und diese führen zu weiteren irrigen Auffassungen, beziehungsweise schweren Irrtümern. Die receptive Abteilung vermittelt blos Gefühle, Sensationen. Diese selbst kommen ganz wo anders, kommen nur im Gehirne, und in einer bestimmten Weise, nur in jenem Teile desselben, den wir das grosse Gehirn heissen, zu stande. Die reaktive Abteilung aber bedingt auch noch andere Thätigkeiten, als lediglich Bewegungen, d. h. grob mechanische, an die man meistenteils allein denkt; ihre Hauptthätigkeit ist die Einleitung von Stoffwechselsvorgängen, also chemischen Bewegungen, weche je nach ihrer Art zu Anbildungen oder Rückbildungen, damit zu Vergrösserungen, Wachstum, oder Verkleinerungen, Abnahmen, führen, die in den Drüsen dabei Ab- und Ausscheidungen, Se- und Exkretionen mit sich bringen, und nur in den Muskeln durch abwechselnde Zusammenziehung, Verkürzung, und Erschlaffung, Verlängerung, also durch Contraktion und Relaxation derselben, die grob mecha-

nischen Bewegungen, Motionen, zur Folge haben, nach denen sie ihren Namen, motorische Nerven und Nervenabteilung, erhielten.

Aus der receptiven, der sogenannten sensibelen Abteilung des Rückenmarkes nimmt das Gehirn also seinen Ursprung, indem es in seinen ersten Elementen aus ihm hervorgeschoben wird, wie einst das Rückenmark als solches selbst aus der Masse der zelligen Anlage des ganzen Nervensystemes herausgeschoben wurde. Derselbe Bildungsdrang, Nisus formativus Blumenbach's, der übrigens nichts weiter als der Ausdruck eines chemischen, also eines Stoffwechselsvorganges, ist, welcher durch die Kräfte der Aussenwelt angeregt und durch die centripetal leitenden, die receptiven Nerven an dem gegebenen Orte zum Austrage gebracht wird, derselbe Bildungsdrang, Nisus formativus, der sich bei der Bildung, Erzeugung, jenes geltend machte, bringt sich auch bei der Bildung, Schaffung, dieses zur Geltung. Das Gehirn entsteht aus dem Rückenmarke auf Grund und gemäss der Einwirkung der Kräfte der Aussenwelt, geradeso wie dieses aus den bereits vorhandenen Nervenelementen entstand, ebenfalls auf Grund und gemäss der Kräfte der Aussenwelt, welche auf dasselbe einwirkten. Das Gehirn ist eine Leistung, ein Produkt, der Reflexthätigkeit des Rückenmarkes und trägt selbst alle Merkmale eines Reflexapparates an sich.

Das Rückenmark stellt in seinem ausgebildeten, gewissermassen fertigen Zustande einen für das jeweilige Wirbeltier langen, verhältnismässig dünnen, walzenförmigen Körper dar. Seine oberflächlichen Teile werden von den Nervenfasern gebildet, deren wir weiter oben bereits gedacht haben, und seine Mitte wird von dem Protoplasma eingenommen, das seinen grauen Kern ausmacht, dessen gleichfalls schon Erwähnung gethan worden ist. Dieser graue Kern des Rückenmarkes besteht aus einem dürftigen Mittelstücke und vier Längsleisten, welche von ihm in die mehr oberflächlich gelegenen Nervenfasermassen, die wohl auch des Rückenmarkes weisse Substanz genannt werden,

hineinragen, zwei nach vorn und aussen, zwei nach hinten und aussen. Das besagte Mittelstück wird beinahe seiner ganzen Länge nach von einem feinen Kanale durchzogen, der, seiner Lage wegen, den Namen Centralkanal führt. Auf Querschnitten des Rückenmarkes bekommen wir deshalb ein Bild zu sehen, bei dem in einer weissen Masse eine graue sich zeigt, welche zwei scharf begrenzte Fortsätze nach vorn und aussen, zwei nach hinten und aussen sendet, und in ihrer Mitte einen vertieften, lochartig erscheinenden Punkt enthält. Jene sind die schon erwähnten grauen Hörner oder Säulen, Vorder- und Hinterhörner, Vorder- und Hintersäulen desselben, dieser sein Centralkanal.

In seinem oberen, dem späteren Kopfteile, erfährt das Rückenmark zu einer bestimmten Zeit nun eine stärkere Ausbildung. In diesen seinen Teil münden eine Anzahl von Sinnesnerven ein, die durch ganz bestimmte Kräfte der Aussenwelt in ihrem Wesen in ganz bestimmter Weise verändert worden sind und seitdem zu ganz bestimmten und darum eigenartigen Leistungen auch nur Veranlassung geben. Es sind das die sogenannten höheren Sinnesnerven mit ihren spezifischen Energien, der Gesichts-, der Gehörsnerv, der Geruchs- und Geschmacksnerv, also die Nervi opticus, acusticus, olfactorius und gustatorius, welche neben dem gemeinen Gefühls-, beziehungsweise Tastnerven, dem Nervus trigeminus, aus dessen Gruppe sie wohl alle hervorgegangen sind, zu ganz besonders häufigen und kräftigen Reizungen, sowie dadurch bewirkten Entwickelungs- und Ausbildungsvorgängen Veranlassung gaben. Das Rückenmark und der Hauptsache nach der graue Kern in ihm nahm an Masse zu, wuchs also; zugleich jedoch, wie Hand in Hand damit gehend, fand auch in ihm eine grössere Differenzierung statt. Aus den zelligen Gebilden gingen, nach der Örtlichkeit verschieden, eigenartig gestaltete Ganglienkörper hervor, aus den sie verbindenden Protoplasmamassen wohl isolierte Nervenfasern und mit ihnen beiden zahlreiche festere Verbindungen schaffende Elemente

zwischen den bisher vorhandenen. Die, so zu sagen, unbestimmten, komplexen Beziehungen zwischen ihnen wurden dadurch aufgelöst und in bestimmtere, einfachere, wenn auch zahlreichere übergeführt.

Durch die Massenzunahme des grauen Kernes ward seine Hülle, die Fasermasse der weissen Substanz, für ihn zu eng. Sie ging zwischen den beiden sogenannten Hintersträngen, beziehungsweise zarten und Keilsträngen, auseinander, eröffnete dabei den Centralkanal und schuf aus ihm die Rautengrube, den Boden des vierten Ventrikels. Zarte und Keilstränge gingen sodann an ihren beiden Aussenrändern in die strickförmigen Körper, Corpora restiformia, über, die sich noch mit anderen gleichartigen Strängen, den Crura cerebelli ad pontem und ad corpora quadrigemina in dem Marke des kleinen Gehirnes verbreiten. Das kleine Gehirn doch bildet seitdem die Decke des vierten Ventrikels und dabei zugleich die Verbindung, eine Art von Kommissur, zwischen den beiden Hälften des durch übermässige Dehnung aufgespaltenen Rückenmarkes, welches hier verlängertes Mark, Medulla oblongata, oder auch Markknopf, Markzwiebel, Bulbus rhachidicus, heisst. Das kleine Gehirn scheint so gleichsam ein Ersatz, allerdings ein vervollkommneter Ersatz, für die hintere graue Kommissur des Rückenmarkes zu sein, die bei der Eröffnung des Centralkanales notwendiger Weise zerrissen und mit ihren Hälften verlagert, an die Corpora restiformia gelagert werden musste. Ist aus ihr vielleicht die graue Substanz des Kleinhirnes hervorgegangen? Die Herkunft derselben, namentlich als Rinde, ist sonst unerfindlich.

Das kleine Gehirn hängt mit dem Rückenmarke, aus dem es sich hervorgehoben hat, bloss mit den Stielen und Strängen zusammen, die vor kurzem erst namhaft gemacht worden sind und sich sowohl aus zuleitenden, wie auch ableitenden Nervenfasern zusammensetzen. Schon hieraus dürfte man berechtigt sein zu schliessen, dass es, wie das Rückenmark selbst, ein blosses Reflexorgan sei. Noch mehr jedoch weisen die Beobachtungen darauf hin.

Durch die Experimente der Physiologen haben wir nämlich noch erfahren, dass das kleine Gehirn vorzugsweise zu Bewegungsvorgängen in Beziehung steht. Es besorgt Coordinationen derselben und wohl insonderheit diejenigen, welche durch das Gehör ausgelöst werden. Wenn der Fisch im Wasser, z. B. die Forelle, urplötzlich auf seinem gerade ruhig eingenommenen Standpunkte Kehrt macht und eilends davonschiesst, weil jemand schweren Schrittes daher gegangen kommt und die Brücke betritt, welche über das Wasser führt; wenn ein Schwarm Vögel, Spatzen, Stare, Krähen oder Tauben, jählings sich erhebt und mit lautem Flügelschlage davonschwirrt, weil in seiner Nähe ein Schuss gefallen ist; wenn wir selbst unwillkürlich zur Seite springen und allerhand abwehrende Bewegungen machen, weil neben uns ein lautes Gekrach erfolgte; wenn andererseits wir bei einer Marschmusik ganz unwillkürlich unsere Beine im Marschtakte und bei einer Tanzmusik im Walzer-, Polka- oder Galopptakte bewegen, so sind das alles rein reflektorische Bewegungen. Die bezüglichen Schalleindrücke werden vom Nervus acusticus aufgenommen, nach seinem sogenannten Ursprungskerne, in Wirklichkeit jedoch Einmündungskerne, in der Medulla oblongata, den Kleinhirnstielen, welche einen Teil der strickförmigen Körper bilden, bis nach dem Kleinhirne selbst hin, geleitet, und hier durch die coordinierenden Vorrichtungen endlich auf die nun wirklichen in der Medulla oblongata, dem Rückenmarke gelegenen Ursprungskerne der centrifugal leitenden Nerven übertragen, durch welche sie geäussert werden sollen, den Nervus facialis, die Arm- und Beinnerven, gegebenen Falles die gesamten entsprechenden Körpernerven.

Die Rautengrube verengt sich nach vorn wieder, indem die Crura cerebelli ad corpora quadrigemina, welche ihre äussere Begrenzung nach vorn bilden, sich mehr und mehr nähern. Es entsteht damit aus ihr der Aquaeductus Sylvii, dessen Decke, Dach, von der Vierhügelgruppe hergestellt wird, und die aus den hierorts noch vorhandenen Bestandteilen des Rückenmarkes in ähnlicher Weise hervorgegangen

[illegible]

[illegible] ward sich das Individuum ihrer bewusst. Der Mensch schämt sich danach oftmals ihrer, bereut sie, mag sie sich nicht vergeben; und das erste davon, finden wir es nicht auch bei Tieren, vor allem beim wohlerzogenen Hunde?

Ein Licht, ein greller Schein blitzt auf, und wir springen in demselben Augenblicke, wo möglich aufschreiend, jäh zur Seite, liebe Personen, werte Gegenstände dabei stossend, umstossend, wohl gar verletzend, vernichtend. Wir waren erschreckt, vor Schreck wie benommen; unwillkürlich sprangen wir zurück; was und wie das geschehen, darüber wurden wir uns erst später, als es geschehen war, klar. Wir wurden da uns erst überhaupt bewusst, was vorgefallen war, und wie ungehörig wir uns dabei benommen hatten. Ganz ähnlich verhält sich oft ein Hund, der, durch den ungewohnten Anblick eines Menschen überrascht und dadurch erschreckt, diesen anspringt, auch wohl zu beissen geneigt sich zeigt, bis er den Menschen als einen Hausfreund erkennt und nun wie beschämt mit gesenktem Kopfe und Schwanze langsam fortschleicht. Wenn das auf den bequemen Reitwegen eines schattigen Parkes ruhig hintrabende Pferd auf einmal dicht am Wege einen grossen grauen Stein erblickt, der aus dichtem Brombeergesträuch

gespenstergleich hervorragt, und darüber erschrocken einen Satz zur Seite macht, so hat allem Anscheine nach ein ganz entsprechender Vorgang in ihm Platz gegriffen gehabt, wie bei dem Hunde, der den Hausfreund anfuhr und beissen wollte, und in ganz ähnlicher Weise dürfte das auch endlich der Fall sein bei einem Wilde, z. B. einer Ricke, der ich mich einst, unter günstigen Verhältnissen sie beim Äsen beschleichend, bis auf sechs bis acht Schritte genähert hatte, und die in dem nämlichen Augenblicke, dass sie den Kopf erhebend mich erblickt hatte, auch Kehrt machte und in Hechtsätzen davon sprang.

Vor der Vierhügelgruppe, sie beim Menschen und den höheren Säugetieren mit seinen hinteren Teilen, den sogenannten Hinterhauptslappen, bedeckend, liegt das grosse Gehirn, jener Teil des letzteren, des ganzen Gehirnes überhaupt, von dem unsere bisherige Erfahrung gelehrt hat, dass in ihm allein unsere und der gesamten Wirbeltiere bewussten Thätigkeiten vor sich gehen: die bewussten Thätigkeiten, die man schlechthin im alltäglichen, gemeinen Leben die seelischen oder geistigen und im Sinne gewisser Philosophen die Vorstellungsthätigkeiten oder kurzweg die Vorstellungen nennt. Das grosse Gehirn ist das Vorstellungsorgan, das Seelenorgan, Geistesorgan oder, wie es namentlich in den Kreisen der Naturforscher und Ärzte heisst, das psychische Organ. Alle psychischen Thätigkeiten, alle seelischen, beziehentlich geistigen Vorgänge der genannten Geschöpfe kommen nur in demselben oder auch bloss durch dasselbe zu stande, — allerdings nicht allein, aber doch der Hauptsache nach, — und zwar sind es wieder ganz bestimmte Teile, durch welche das vorzugsweise geschieht.

Als den vornehmsten dieser Teile sieht man, gestützt auf Experimente und Beobachtungen, auf Physiologie und Pathologie, die graue Substanz an, welche seine Rinde ausmacht. Diese, nach dem, was wir bis jetzt von ihr wissen, ist die eigentliche, die wahre Bewusstseinssubstanz und damit denn auch die echte, rechte Vorstellungssubstanz, durch die allein Gefühle, Empfindungen, Wahrnehmungen, Denken

und Wollen in das Leben gerufen und damit, was wir Seele und Geist nennen, erzeugt werden. Und um so mehr haben wir sowohl die Berechtigung, als auch die Verpflichtung, das anzunehmen, weil wir überall, wo wir Grund haben, Bewusstsein vorauszusetzen, wir diese Substanz, ein in bestimmter Richtung verändertes Protoplasma, als mutmasslichen Träger derselben antreffen: so im Centralnervensysteme, namentlich den Schlundganglien der Gliedertiere, der Insekten, Spinnen, Krebse, Würmer, der sogenannten Weich- und Strahlentiere, sowie endlich in der ganzen Körpersubstanz der sogenannten Pflanzen- und Infusionstierchen. Ja, sollten auch in der Pflanzenwelt Bewusstseinsvorgänge statthaben und ihnen entsprechende Zustände sich geltend machen, sicher sind sie da ebenfalls an eine gleichwertige Substanz, ein noch immer als solches wohl charakterisiertes Protoplasma, gebunden. Bis zu einem gewissen Grade scheint alles Protoplasma empfindlich, beziehungsweise empfindungsfähig zu sein, und bis zu einem gewissen Grade dürfte danach denn auch alles Bewusstsein haben.

Dessen ungeachtet würde man meiner Meinung nach doch sehr, sehr irren, nähme man an, die Bewusstseinssubstanz und im besonderen die graue Rinde des grossen Gehirnes der Wirbeltiere und mit ihnen des Menschen schaffte Bewusstsein in irgend einer Form, vornehmlich als abstrakte Vorstellungen und deren Verbindungen, Gedanken, so lediglich aus sich heraus, gewissermassen automatisch. Es wird ja das vielfach geglaubt, indessen, wie ich schon hervorgehoben habe, meinem Dafürhalten nach, irriger Weise. Der bezügliche Glaube stammt noch aus einer älteren Zeit, in welcher die Automatie überhaupt auch noch eine grosse Rolle spielte, und man, wie weder von der Konstanz der Kraft, so auch noch von ihrer Kontinuität viel wusste. Seitdem wir jedoch wissen, dass keine Kraft verloren gehen, aber auch keine neu entstehen kann, sondern, wo das eine oder das andere der Fall zu sein scheint, es sich immer bloss um die Umwandlung einer be-

stimmten Kraft in eine andere handelt, vorzugsweise um die Umwandluug einer molaren Kraft oder Bewegung in eine molekulare und atomistische oder umgekehrt, seitdem kann von einer Automatie nicht wohl mehr die Rede seiu. Von einer reinen sicher nicht mehr. Denn wie es im ganzen grossen Weltall keine eigentliche Automatie giebt, so auch in keinem Teile und Teilchen desselben. Solche Teile desselben sind indessen die mit Bewusstsein begabten Lebewesen der Mutter Erde und solche Teilchen die in diesen befindliche Bewusstseinssubstanz und mit ihr natürlich auch die graue Substanz der Rinde des grossen Gehirnes der Wirbeltiere und des Menschen. Die graue Grosshirnrinde des Menschen, ihrer Substanz wegen psychisches Organ, Bewusstseinsorgan, Vorstellungsorgan, Organ des Fühlens, Denkens und Wollens des entsprechenden Geschöpfes genannt, arbeitet niemals automatisch, sondern immer nur auf Anreizung, und zwar auf Anreizung von aussen, in letzter Reihe von der Aussenwelt her; sie arbeitet also, wie man das in der Physiologie nennt, reflektorisch. Das grosse Gehirn als solches ist demgemäss denn auch als ein blosses Reflexorgan zu betrachten, geradeso wie die Vierhügelgruppe und das kleine Gehirn, oder auch das Rückenmark selbst, aus dem beide sich, wie seiner Zeit gezeigt worden ist, als Ergebnisse von Reflexvorgängen erhoben haben. Sein Werdegang, seine Einrichtungen, wenn man sie nur vorurteilsfrei und nicht mit einem durch alte und veraltete Dogmen getrübten Blicke betrachtet, legen dafür beredte Zeugnisse ab.

Der Aquaeductus Sylvii, der Teil des eröffneten Centralkanales des Rückenmarkes, welcher von der Vierhügelgruppe überbrückt wird, erweitert sich vor derselben zu einem grösseren Hohlraume, dem Reste der Höhlung der einstigen, ursprünglichen Vorderhirnblase des Embryo. Zum Überflusse gewissermassen sei dabei aber noch ausdrücklich gesagt, dass diese Vorderhirnblase, wie alle anderen Hirnblasen, nur örtliche Erweiterungen des ursprünglichen Rückenmarkes, und ihre Hohlräume nur Ausweitungen des

Hohlraumes dieses, d. i. seines späteren Centralkanales, darstellen. Also der Aquaeductus Sylvii, entwickelungsgeschichtlich ein Teil des Centralkanales des Rückenmarkes oder Rückenmarkskanales an sich, erweitert sich nach vorn in einen grösseren Hohlraum des ausgebildeten Gehirnes, nämlich seinen sogenannten dritten Ventrikel und, da selbiger durch die Foramina Monroi mit seinen beiden Seitenventrikeln zusammenhängt, in die im grossen Gehirne gelegenen Ventrikel überhaupt. Es sind die genannten Ventrikel eben in ihrem Zusammenhange der Rest der Höhlung der embryonalen vorderen Hirnblase, der sich nicht ausfüllte, als der übrige weit grössere Teil derselben sich von ihrer Wand her infolge von Wucherung ihrer Elemente mit Nervenelementen erfüllte, die nachher zu den eigentlich nervösen Massen, Nervenfasern und Lagern von grauer Substanz wurden, welche das grosse Gehirn, beziehentlich seine beiden Halbkugeln, Hemisphären, bilden.

Bei dieser Ausfüllung der Vorderhirnblase mit den Wucherungs-, beziehungsweise Differenzierungsprodukten ihrer Wandelemente, ursprünglicher Rückenmarkselemente, wurde im grossen Ganzen der Typus eingehalten, nach welchem das Rückenmark selbst und aus ihm, beziehentlich aus seiner Anlage, das kleine Gehirn und die Vierhügelgruppe sich entwickelten. Bei der Spaltung des Rückenmarkes in seinem obersten Halsteile zwischen den zarten Strängen und der dabei erfolgten Eröffnung seines Centralkanales zum Boden des vierten Ventrikels kamen diejenigen seiner Teile, welche bis dahin hinter einander gelegen hatten, neben einander zu liegen. Die Teile, welche bis dahin nach vorn gelegen hatten, erschienen jetzt nach der Mitte, diejenigen, welche bis dahin nach hinten zu sich befunden hatten, nach aussen, nach dem Rande hin, gelagert zu sein. Ganz besonders giebt das der graue Kern in seinen Einzelheiten zu erkennen. Seine Vorderhörner, beziehentlich deren Abkömmlinge, liegen jetzt dicht an der Mittellinie, nahe der Raphe, seine Hinterhörner, beziehungsweise deren Abkömmlinge, dagegen nach aussen von diesen.

Jene hängen mit reaktiven, Bethätigungs-, schlechtweg motorisch genannten Nerven zusammen, geben ihnen in einem gewissen Sinne ihren Ursprung; diese stehen mit receptiven, Empfindungs-, schlechtweg sensibel genannten Nerven in Verbindung, vermitteln ihren Eintritt in das Centralnervensystem, bezeichnen, ebenfalls in einem gewissen Sinne, ihren Endpunkt in demselben. Doch stehen, wie man sich aus Früherem erinnern wird, die besagten Endpunkte der sensibelen und die Anfangspunkte der motorischen Nerven, die kurz als ihre Kerne bezeichnet werden, wenn auch manchmal auf weiten Umwegen, so doch immer in Beziehung, und aus diesem Grunde ist, wie wir das auch schon erfahren haben, das Rückenmark und mit ihm das ganze Centralnervensystem denn auch das reichgegliederte Reflexorgan, als welches ich es immer und immer wieder zu schildern gesucht habe.

Also die Kerne der recptiven oder sensibelen und der reaktiven oder motorischen Nerven hängen immer mit einander zusammen, wenn auch der Bogen von Nervenmasse, durch den das geschieht, der sogenannte Reflexbogen, oft ein recht langer und vielfach gekrümmter und gewundener ist, und die betreffenden Kerne wie im eigentlichen, dem Rücken angehörigen Rückenmarke, hinter einander, oder wie in dem dem Kopfe angehörigen Teile desselben, zumal in der Medulla oblongata, neben einander liegen und ausserdem mannigfach in ihrer Form abgeändert erscheinen.

In den Ventrikeln des grossen Gehirnes, dem dritten und seinen Seitenventrikeln, die wir zusammen als eine Ausweitung und damit als eine blosse Fortsetzung des Centralkanales des Rückenmarkes kennen gelernt haben, geradeso wie in dem vierten Ventrikel und dem Aquaeductus Sylvii, liegen darum die bezüglichen Verhältnisse entsprechend. Auch in ihnen, beziehentlich in ihren Wänden oder auch bloss bestimmten Teilen derselben finden sich Gruppen von Nervenkernen angesammelt, und zwar sowohl receptiver, sensibeler, wie auch reaktiver, motorischer Nerven, und die Gruppen beider, grössere Gebilde dar-

stellend, liegen getrennt, halb neben einander, halb hinter einander. Die Sehhügel und Streifenhügel, die Thalami optici und die Corpora striata, im engeren Sinne als Corpora caudata, sind die hauptsächlichsten dieser Gruppen und entsprechen, beziehentlich sind hervorgegangen aus den ursprünglichen Rückenmarkshörnern, jene aus den hinteren, diese aus den vorderen. Jene stehen darum auch mit centripetalleitenden, receptiven, sogenannten sensibelen Nerven in Verbindung, welche sie vorzugsweise durch die Haube der Hirnstiele, das Tegmentum pedunculorum cerebri aufnehmen; diese haben Zusammenhang mit centrifugal leitenden, reaktiven, schlechtweg motorisch genannten Nerven, die sie durch den Fuss der Hirnstiele, die Basis oder den Pes pedunculorum cerebri, in die verschiedenen jeweiligen Körperorgane entsenden.

Ausdrücklich muss ich da hierorts noch einmal hervorheben, dass die centripetal leitenden Nerven nach dem Centrum hin entstanden sind und deshalb auch, so zu sagen, nach dem Centrum hin aufsteigen, dass die centrifugal leitenden dagegen vom Centrum her in die Erscheinung traten und damit denn auch vom Centrum gewissermassen herabsteigen. Die Leitungsvorgänge, beziehungsweise die ihnen zu Grunde liegenden Bewegungsvorgänge atomistischer und molekularer Art, waren die Ursache davon und zwar gemäss der Art, dass die entsprechenden Bewegungsvorgänge der Aussenwelt als sogenannte Reize einwirkten. Die Aussenwelt mit ihren Bewegungsvorgängen, Reizen, und der Richtung, in welcher dieselben erfolgten, schuf so die Nerven, wie sie sind, als centripetal leitende nach einem bestimmten Centrum hin, als centrifugal leitende von diesem Centrum wieder weg nach der Aussenwelt zu. Das Centrum selbst, d. h. seine Masse, in der Regel eine kleinere oder grössere Anhäufung von grauer Substanz, vermittelte dabei den Übergang von jenen zu diesen, bewerkstelligte die meist stark ausgesprochene Umbeugung von jenen in diese und stellte infolgedessen seitdem das dar, was wir einen Kraft-, d. i. einen Bewegungs-Über-

tragungsapparat oder wohl auch kurzweg eine Übersetzung nennen, in der Physiologie ein Reflexorgan heissen. In ihm werden seitdem die ankommenden Bewegungen, Reize, in andersartige umgesetzt, wie z. B. in der Schliessung eines unterbrochenen elektrischen Leitungsdrahtes der jeweilige elektrische Strom in Chemismus, Licht, Wärme, und durch die mit ihm zusammenhängenden Apparate in Schriftzeichen, Worte, ganze Lieder, ganze Reden und damit, wenn man will, auch in Vorstellungen, Gefühle, Empfindungen, Gedanken; niemals aber entstehen in ihm entsprechende Bewegungsvorgänge und mit diesen Reize für die aus ihm austretenden, reaktiven, motorischen Nerven von selbst, d. h. automatisch.

Die Sehhügel, Thalami optici, welche den hinteren Hörnern des grauen Kernes des Rückenmarkes, beziehentlich dessen gleichnamigen vorspringenden Leisten oder Säulen entsprechen, sind wie diese receptiver Natur; die Corpora striata sive caudata, welche meines Ermessens homologe Gebilde der vorderen Hörner des grauen Kernes des Rückenmarkes, beziehungsweise der gleichnamigen vorspringenden Leisten oder Säulen darstellen, dienen wie diese reaktiven Vorgängen. Sie vermitteln die Reaktionen, welche durch die Reize hervorgerufen werden, die durch ihre Kerne grauer Substanz recipiert oder, wie man sich für hier gewöhnlich ausdrückt, percipiert worden sind; und ermöglicht, herbeigeführt, werden die bezüglichen Vorgänge durch den Kraftübertragungsapparat, die Übersetzung, welche zwischen Sehhügel und Streifenhügel jederseits ausgespannt ist, d. i. durch die jeweilige Hälfte des grossen Gehirnes.

Nach dieser Darstellung gehören Sehhügel und Streifenhügel, obgleich sie, wie gegebenen Ortes betont worden ist, im grossen Gehirne liegen, doch nicht zu demselben, sondern gehören noch ganz und gar dem Rückenmarksteile an, aus dem sich dieses hervorgewölbt hat; allein auch andere Autoren, Kenner des Gehirnes ersten Ranges, haben sie, wenn auch nicht in derselben, so doch in ähnlicher Weise aufgefasst und geschildert. Sie haben sie als

zu den grossen Ganglien an der Hirnbasis gehörig beschrieben und als wesentliche Teile des Hirnstammes, d. h. eben des modifizierten, ich will einmal sagen, Kopf-Rückenmarkes dargestellt. Das grosse Gehirn an sich selbst, der eigentliche sogenannte Mantel desselben, auf den es uns augenblicklich gerade ankommt, hätte sich sodann aber aus dem Teile des grauen Kernes des Rückenmarkes an sich entwickelt, welcher dicht hinter und neben dem Centralkanale liegt, aus dem sich also, wie wir s. Z. annahmen, wohl auch das kleine Gehirn einstmals gebildet hat. Aus diesem Teile der Substanz des grauen Kernes des Rückenmarkes, der schon eine gewisse Fühlfähigkeit, Empfindungsfähigkeit zukommen dürfte, wäre also einmal durch immer weiter gehende Artung in der nämlichen Richtung ihres chemischen Verhaltens, das andere mal durch immer weiter gehende Auseinanderlegung sowie Gliederung in den Einzelheiten ihres mechanischen Aufbaues, endlich der Hirnmantel als eigentliches Bewusstseinsorgan und die graue Substanz in ihm, namentlich die ihn umgebende graue Rinde, als eigentliche Bewusstseinssubstanz in dem jedesmaligen Wirbeltiere, dem jedesmaligen Menschen, entstanden.

Je nachdem der Hirnmantel in chemischer und mechanischer Beziehung geworden ist, je nachdem wird, muss er arbeiten; je nachdem werden die Bewusstseinsvorgänge sein, die in ihm entstehen, d. h. die jeweiligen Vorstellungen, Gefühle, Empfindungen, Wahrnehmungen, und damit dann wieder auch die entsprechenden Strebungen, Triebe, Willensregungen, kurz alles das, was wir unter dem Begriffe „Seelen-, Geistesleben, Psyche“ zusammenfassen. Allein, wie und was er auch immer arbeitet, er arbeitet niemals automatisch, sondern stets nur auf Anregung, Anreizung von aussen her, und, was er erarbeitet, ist die Bewusstmachung dessen, was ihn gerade anregt, anreizt. Seine Arbeit bringt dem Individuum, dem er angehört, zum Bewusstsein, wie die Aussenwelt mit ihren verschiedenen Reizen auf es einwirkt, und wie es sich zweckmässiger, weil bewusster, Weise dagegen zu verhalten habe. Dies

Bewusstseinsorgan, die Bewusstseinssubstanz, welche unserer Darstellung nach sich aus und über dem ganzen Nervensysteme der mit ihnen versehenen Geschöpfe entwickelt haben, stammen somit offenbar daher, woher diese selbst stammen. Wie alle Kräfte, welche sie sonst äussern, Kräfte sind, die aus dem Weltall stammen, so kann auch das Bewusstsein nur aus dem Weltall stammen, in welchem es jenen gleich Geltung hat. Alles individuelle Bewusstsein, wo und wie es sich auch an den Tag legt, kann nur Teil, Bestandteil eines Bewusstseins sein, das den Weltenraum erfüllt. Ist jedes Ding, Wesen, Bestandteil des grossen, unendlichen, ewigen Weltenraumes, so muss auch jedes Bewusstsein, wo und wie wir es finden, Bestandteil eines grossen, weiten, unendlichen, ewigen Bewusstseins sein, das soweit reicht, wie der Weltenraum reicht, mit allem, was in ihm ist.

Wir können uns deshalb die ganze Angelegenheit etwa in folgender Weise vorstellen: In den Sehhügel, beziehentlich in seine Kerne grauer Substanz, treten die von der Peripherie, d. h. aus den einzelnen Organen heranziehenden, weil in ihnen entsprungenen, Nerven, die centripetal leitenden, also die receptiven, ein. Einzelne, z. B. nach der Vierhügelgruppe, nach dem kleinen Gehirn sich begebende und darum centrifugal leitende, reaktive, treten wohl auch peripheriewärts aus ihm heraus, um jedoch, nachdem sie in den genannten Organen in deren grauen Kerne sich eingesenkt und aufgelöst hatten, aus ihnen gewissermassen gesammelt, als neue centripetal leitende Nerven zu ihm wieder zurückzukehren. Allein sicherlich die bei weitem meisten von ihnen steigen als centripetal leitende, also receptive, aus ihm, dem Sehhügel, in den Hirnmantel, das eigentliche grosse Gehirn hinein, und vorzugsweise sind es dessen hintere, d. h. hinter der Centralwindung liegenden Abschnitte, mit deren Massen von grauer Substanz sie in Verbindung treten. Hatten nun aber die von der Peripherie, aus den Sinnesorganen kommenden Nerven in den Ansammlungen grauer Substanz, welche sie zu durchziehen hatten, bisher

Reduktionen in ihrer Menge und Zahl erfahren, infolge deren ihre Masse so gut wie auf die Haube der Hirnstiele sich zusammenzog, so treten jetzt bei ihrem Übergange in den Hirnmantel und in diesem selbst Multiplikationen von ihnen ein. Sie vervielfältigen sich in entsprechenden Lagern grauer Substanz, indem sie sich in diesen auflösen und, an Zahl vermehrt, wieder aus ihnen herauskommen. Vornehmlich scheinen die grauen Massen im unteren äusseren Abschnitte der Sehhügel, welche, von den sogenannten concentrischen Laminae medullares durchzogen, ihre, besonders auf Querschnitten deutlichen, radiären Strahlungen bedingen, das zu besorgen. Die auf solche Weise an Zahl stark vermehrten centripetal leitenden, also receptiven, Nervenfasen, ziehen danach zur grauen Rinde hin und verbinden sich mehr oder minder innig mit den Elementen derselben. Dann entwickeln sich aus diesen letzteren von neuem Nervenfasern, welche wieder, und zwar sowohl in benachbarte, als in entferntere Teile der Hirnrinde übergehen und selbige auf diese Weise bald unmittelbar, bald erst durch Vermittelung dritter und vierter oder auch zehnter und zwanzigster solcher Übergänge mit einander in Verbindung setzen, und endlich treten, ganz ähnlich oder auch gleich entstandene, Nervenfasern hauptsächlich aus den vorderen, d. h. vor der Centralwindung gelegenen Teilen der besagten Hirnrinde hinaus in die von ihr bedeckten Markmassen, das grosse Marklager, um durch dieses hindurch nach dem Streifenhügel, beziehungsweise seinem Nebengebilde, dem Linsenkerne, zu gelangen. In den Lagern grauer Substanz, aus denen diese beiden bis zu einem gewissen Grade zusammengehörenden Körper der Hauptsache nach bestehen, werden die Massen von Nervenfasern, welche aus dem Grosshirne kommen, an Zahl und Menge reduciert, also vermindert. Es geschieht mithin im Streifenhügel und Linsenkerne bei anscheinend ziemlich gleicher Einrichtung gerade das Gegenteil von dem, was im Sehhügel vor sich geht. In diesem werden die ankommenden Nervenfasern gleichsam auseinandergelegt; in jenem werden die gewissermassen

zurückkehrenden wieder zusammengezogen. Die zusammengezogenen, an Zahl reducierten Nervenfasern treten danach in den Fuss, die Basis, der Hirnstiele ein, erfahren daselbst weitere Reduktionen, allem Anscheine nach durch die Substantia nigra Sömmeringii und ziehen sodann weiter, die sogenannten Pyramidenbahnen bildend, nach dem Rückenmarke, aus dem sie auf ganz bestimmten, vorgezeichneten Wegen als centrifugal leitende, reaktive, Nerven nach der Peripherie, beziehentlich in die einzelnen Körperorgane verlaufen.

Die letzt erwähnten Wege sind diejenigen, auf welchen die entsprechenden centripetal leitenden, receptiven Nerven von der Peripherie, aus den bezüglichen Organen heraufziehen, um, wie seiner Zeit dargethan worden ist, im grauen Kerne des Rückenmarkes in die centrifugal leitenden, reaktiven Nerven überzugehen, welche in diesen Organen sich wirksam zeigen. Es entstehen damit Reflexbogen, durch deren Einrichtungen auch noch der jeweilige Übergang in andere reaktive Nerven erfolgen kann und zugleich die Möglichkeit gegeben ist, dass solcher Reflexbogen sich immer einer über den anderen aufzubauen vermag, deren zuführende und rückführende Abschnitte immer in oder auf den gleichnamigen Abschnitten desjenigen Bogens wurzeln, aus dem sie sich gerade entwickelt haben. Das ist nun thatsächlich auch hinsichtlich des Gehirnes und zumal des grossen Gehirnes geschehen. Denn dasselbe stellt ja, wie wir gesehen haben, lediglich den Schliessungsbogen dar, welcher zwischen den in letzter Reihe von der Peripherie herstammenden Elementen des Sehhügels und den zuletzt auch erst an der Peripherie endigenden Bestandteilen des Streifenhügels ausgespannt ist. Die Nerven heben an der äusseren und inneren Körperoberfläche, sowie in den zwischen beiden liegenden Organen, z. B. den Muskeln, als sogenannte Gefühls-, beziehungsweise Sinnesnerven an, steigen bis nach den Sehhügeln hinauf, gehen von diesen durch das grosse Gehirn und dabei, was von der höchsten Wichtigkeit ist, durch die graue Substanz seiner Rinde

nach den Streifenhügeln, steigen von diesen wieder hinab nach dem Orte, dem Organe, woher sie kamen, und endigen an ihm in denjenigen seiner kleinsten Teile, durch deren Arbeit die Leistung des ganzen Organes zu stande kommt.

Die Nerven doch, um ja kein Missverständnis zu erwecken, die Axencylinder derselben als ihre wesentlichsten Bestandteile, sind Protoplasmafäden. Aus dem Protoplasma einer Anzahl von Bildungszellen, welche zu einer gewissen Zeit der Bildungsvorgänge reihenförmig hinter einander auftraten, sind sie hervorgegangen, die centripetal leitenden, receptiven, wie oben dargethan worden ist, von der Peripherie nach den Centralorganen, Rückenmark und Gehirn, die centrifugal leitenden, reaktiven, von diesen Centralorganen nach der Peripherie hin. Das Protoplasma an sich ist ein sehr beweglicher Körper, insofern als alle Bewegungen, die es treffen, zum wenigsten seine Bestandteile, seine Moleküle und deren Atome, in eine sofortige, entsprechende Bewegung versetzen und damit zur Bethätigung seiner sogenannten Lebenseigenschaften veranlassen. Die letzt beregten Bewegungen nennen wir Molekular- und Atombewegung; von ihnen wissen wir, dass sie anwachsen und in Molarbewegungen, die alltäglichen mechanischen Vorgänge, übergehen können, welche wir als solche sinnlich wahrzunehmen vermögen, während wir jene bloss aus ihren Folgen zu erschliessen, beziehentlich näher zu bestimmen imstande sind. Bewegungen, welche wir sinnlich nicht wahrnehmen können, aber aus gewissen ihrer Wirkungen als vorhandene anerkennen müssen, werden als Kräfte bezeichnet und diejenigen dieser Kräfte, welche sich im Protoplasma, beziehungsweise durch das dasselbe, bethätigen, Reize.

Die Bewegungen der Aussenwelt, welche wir sinnlich nicht wahrnehmen können, von denen wir dessen ungeachtet wissen, dass sie dem Chemismus, dem Lichte, der Wärme, der Elektrizität, dem Magnetismus zu Grunde liegen, bilden nun auch die hauptsächlichsten Reize für die Nerven, das Nervensystem. Ihre bezüglichen Bewegungen setzen die

Anfänge der receptiven Nerven in eine entsprechende chemische Bewegung; wellenförmig pflanzt sich dieselbe in der Entstehungsrichtung der besagten und der mit ihnen zusammenhängenden Nerven, beziehentlich Axencylinder, sowie diesen gleichwertigen Bildungen in ihnen fort, daher in den receptiven Nerven selbst centripetal, hinter dem Centrum, d. i. dem centralen Reflexbogen, dagegen, in den reaktiven Nerven, centrifugal. Die Reize der Aussenwelt, die Bewegungen des Weltalls, setzen danach die Nerven, insonderheit ihre Axencylinder und durch sie die ganzen jeweiligen Körper, in Bewegung. Als chemische, also Atombewegungen, heben die fraglichen Nervenbewegungen in den Reizaufnahme-, den Sinnesapparaten an, schreiten in den aus ihnen hervorgehenden centripetal leitenden, receptiven Nerven mit einer mittleren Geschwindigkeit von 60—90 m in der Sekunde, in den an sie sich anschliessenden centrifugal leitenden, reaktiven Nerven mit bloss einer mittleren Geschwindigkeit von 30—33 m und in den zwischen beiden etwa liegenden Lagern von grauer Substanz, in welcher sie immer gehemmt werden, mit einer noch geringeren Geschwindigkeit vorwärts, um schliesslich in den Organen ihrer Endigung in Molekularbewegungen und durch diese in Molarbewegungen überzugehen, als welche letztere sie wieder in das Weltall zurücktreten, aus dem sie überhaupt stammten. Die chemischen, die Stoffwechselsvorgänge, demnächst die Wärme-, Elektrizitäts-, gelegentlichen Lichterscheinungen, endlich das Grössenwachstum, die Drüsenabsonderungen, die Muskelthätigkeiten, blosse Zuckungen wie ganze Handlungen, legen für das alles Zeugnis ab. Alle mit Nerven ausgestatteten Lebewesen verhalten sich da wie Marionetten, welche auf den in der Natur ausgespannten unsichtbaren Seilen, den Reizwegen, tanzen, d. h. sich bewegen, wie die betreffenden Reize gerade wirken, welche letztere durcheilen. Bei Wirbeltieren und dem Menschen werden diese Reize, wenn sie das grosse Gehirn, insonderheit dessen graue Rinde, durcheilen, bewusst.

Wie geschieht das? Ignoramus! Wir wissen es nicht! Da sind wir gezwungen, anzunehmen, dass das Bewusstsein etwas Gegebenes, wie alle übrigen Kräfte sich Verhaltendes, an die sogenannte Materie Geknüpftes und damit aus dem Weltall Stammendes sei, wenn wir es als Naturforscher, als Ärzte, begreifen und seine Erscheinungen, die wir immer bloss in Verbindung mit den Erscheinungen der übrigen Welt gewahren, auch nur einigermassen verstehen wollen. Indessen, was geschieht, wenn es hervorgerufen, wenn es, das bis dahin gleichsam gebunden, latent, war, ausgelöst und damit frei wird, das lässt sich eher bestimmen.

Die mit einem bestimmten Bewusstsein ausgestatteten Lebewesen treten, wenn man alle einschlägigen Verhältnisse in Betracht zieht, offenbar schon mit einem gewissen Grade desselben als selbständige Wesen in das Leben ein, d. h. werden mit ihm geboren. Die Wirbeltiere und mit ihnen der Mensch, auf welche, und namentlich den letzteren, es allein hierorts ankommt, werden bereits als bewusste und allerdings nur bis zu einem gewissen Grade selbstbewusste Wesen geboren. Während ihres Embryonal-, ihres Fötalzustandes haben sie bereits ihre Erfahrungen gemacht, und von dem ersten Augenblicke an, dass gewisse ihrer reizbaren Bildungszellen fühlfähig, empfindungsfähig im gewöhnlichen Sinne des Wortes wurden, beziehungsweise geworden waren, haben sie z. B. sowohl das Miteinander und Nebeneinander, als auch das Nacheinander der verschiedenen Reizeinwirkungen auf sie selbst mehr und mehr und damit stärker und stärker, deutlicher und deutlicher kennen lernen. Auf dem Mit- und Nebeneinander der Einwirkung verschiedener Reize beruhen aber zuletzt die Vorstellungen des Raumes und auf dem Nacheinander dieser Einwirkungen die der Zeit. Man hat immer schon und, so viel ich weiss, mit anderen auch Kant, behauptet, dass die Vorstellungen von Raum und Zeit dem Menschen angeboren seien. Sie sind es auch meines Erachtens; allein sie sind es lediglich, weil der Mensch, wie jedes Tier, vornehmlich Wirbeltier,

die ihnen zu Grunde liegenden und damit sie bedingenden Erfahrungen schon vor seiner Geburt, als Fötus, beziehungsweise Embryo, machte. Er entwickelt sich unter ihrem Einflusse, wächst und reift mit ihnen heran und wird deshalb auch mit ihnen geboren. Wenn man an den in seinem Ei sich bewegenden Haifisch denkt, wie man ihn in jedem grösseren Aquarium von Zeit zu Zeit zu beobachten bekommt; wenn man das Hühnchen im Ei sich vergegenwärtigt, wie es immer mehr, durch die Schale desselben beengt, sich endlich durch sie hindurchpickt; wenn man die sogenannten Kindsbewegungen sich vorstellt, welche wochenlang vor seiner Geburt von dem menschlichen Fötus ausgeführt werden, erst oberflächlich, langsam, träge, dann mit jeder Woche ausgiebiger, rascher, energischer, deutlich sichtbar, bald hier, bald da die mütterlichen Leibeswände beulenförmig hervorwölbend, weil er bald hier, bald da an sie anstösst und sie, sowie sich selbst drückt; wenn man dieses alles überdenkt, so kommt man unwillkürlich dahin, sich sagen zu müssen: Es kann kaum anders sein; wenigstens ist das die einfachste Erklärung, wie die Entstehung der Vorstellungen von Raum und Zeit sowohl an und für sich, als auch, insofern sie angeboren erscheinen, vor sich gehe.

Auf den Vorstellungen von Raum und Zeit beruht die Vorstellung, das Gefühl, die Empfindung, etwas von Raum und Zeit oder, vielleicht besser gesagt, in Raum und Zeit Besonderes, von den jene bedingenden Ursachen, Einflüssen, Vorgängen Geschiedenes, sie Überdauerndes, Andersartiges, für sich Bestehendes, Selbständiges, kurz ein Selbst zu sein. Auf den Vorstellungen von Raum und Zeit beruht demnach das Selbstgefühl, das Gefühl, ein abgeschlossenes Ganzes, ein Individuum, eine Person, ein Ich zu sein. Es muss sich gewissermassen überall da entwickeln, wo sich jene entwickelt haben, und, sind demgemäss die Vorstellungen von Raum und Zeit angeboren, so kann es sich auch mit der, ein Selbst zu sein, nicht wohl anders verhalten. Sie kann sehr schwach, dunkel und wag, ein sehr

leises, unbestimmtes Gefühl davon sein: allein vorhanden, möchte ich sagen, muss sie sein. Wie wäre es sonst zu verstehen, dass das erst vor einigen Stunden aus dem Ei gekrochene Hühnchen, Entchen, Gänschen sich munter umher bewegt, sich bereits Futter sucht, wie die Brütmutter, die es zum Dasein gebracht hat; wie wäre es im gleichen zu erklären, dass das eben erst geborene Meerschweinchen ebenso sicher umhertrippelt und an dem Grase frisst, von dem es seine älteren Genossen fressen sieht, und in einzelnen Fällen, in denen ihm die Mutter gestorben ist, auf diese Weise sich sogar erhält? Mag auch immerhin die Mutterstute, die Mutterkuh, die Mutterziege, das Mutterschaf oder -Schwein, die entsprechende Hündin, Katze und, was es sonst dergleichen giebt, ihr Euter, Gesäuge, den neugeborenen Jungen darbieten: dass diese sich zu demselben hindrängen und seine Zitzen ergreifen, wobei vielleicht eine Art Chemotaxis in Form von Geruch und Duft mitspielt, mag das immerhin sein, dass eine Gegensätzlichkeit von allen diesen Jungen zu ihrer Mutter und deren Euter empfunden wird, dass sie sich ihr und ihrer Milch gegenüber als ein Selbst fühlen, das kann doch nur von denen bezweifelt werden, die an ihrem eigenen Vorhandensein zweifeln. Und wie bei den Tieren, so liegt es auch beim Menschen. Auch der Mensch wird als ein bewusstes, seiner selbst bewusstes Wesen geboren. Mag das betreffende Bewusstsein sich auch bloss auf ein dunkles Gefühl seiner selbst beschränken; mag es dabei noch so unbestimmt und winzig sein, fehlen kann es nicht. Wo Schmerz und Lust empfunden wird, muss Bewusstsein vorhanden sein, und Schmerz, wenn er schreit, empfindet der neugeborene Mensch sicher. Des Menschen erster Schrei ist ein Schmerzensschrei.

Auf dieses nun, sich seiner selbst bewusstes, Wesen wirken die Kräfte der Aussenwelt, beziehentlich des Weltalls als ebenso viele Reize ein. Von seiner äusseren und inneren Körperoberfläche, sowie den mit denselben in Verbindung stehenden Organen bringen sie sich zur Geltung.

Durch die von ihnen zum Grosshirn, als Bewusstseinsorgan, hinansteigenden Nerven werden sie diesem zugeführt und dann von ihm in ihrer Art, als Druck, als Wärme, als Licht, als Schall, als Geruch, Geschmack, Hunger und Durst, Stuhl- und Harn-, sowie Bewegungsdrang u. ä. m. empfunden. Durch die Einwirkung aller der genannten Reize auf das Bewusstseinsorgan wird in diesem ein Erregungszustand gesetzt, der gefühlt wird, als sogenanntes Gemeingefühl, nämlich Allgemeingefühl, Gesamtgefühl bekannt ist, unter Umständen Selbstgefühl, doch bloss in dem Sinne, in dem von ihm oben die Rede war, heisst und eine ganz bestimmte Form des jeweiligen individuellen Bewusstseins, also einen ganz bestimmten Zustand desselben, darstellt. Dieser fragliche Bewusstseinszustand, hervorgerufen und unterhalten durch die gerade auf das Bewusstseinsorgan einwirkenden Reize, dauert so lange, wie die Einwirkung dieser Reize auf dasselbe dauert. Er ändert sich sogleich, sowie sich die Reize ändern, sei es in ihrer Quantität, sei es in ihrer Qualität, sei es in ihrem Verhältnis unter einander. Jede Zunahme, Verstärkung, jede Abnahme, Schwächung, jede Vermehrung, jeder Ausfall derselben ändert ihn und zwar in dem Masse, entsprechend dem Grade, der Art und Weise, dass sie selbst im einzelnen oder im ganzen sich ändern.

Die in Rede stehende Änderung, Veränderung des jeweiligen Bewusstseinszustandes bedingt das, was wir eine Vorstellung nennen. Das Bewusstseinsorgan heissen wir danach denn auch Vorstellungsorgan. Je nach ihrer Stärke, d. i. also ihrer durch dieselbe bedingten Bestimmtheit, Klarheit und Deutlichkeit, je nach der Stärke, mit der sie hervorgerufen werden und danach ins Leben treten, nennen wir die Vorstellungen wieder Gefühle, Empfindungen, Wahrnehmungen, und je nach dem Grade, der Kraft und Stärke, mit der die sie verursachenden Reize wieder aus dem Körper hinaus und dabei scheinbar auch sie selbst nach Äusserung, Bethätigung drängen, Strebungen, beziehentlich Triebe oder Willen. Sind die Vorstellungen angenehm, so

werden die sie verursachenden Reize erstrebt, begehrt; sind sie dagegen unangenehm, so wird ihnen widerstrebt; sie werden abgewehrt. Ob die Vorstellungen angenehm oder unangenehm sind, hängt hauptsächlich von ihrer Stärke ab. Schwache und mässig starke Vorstellungen, blosse Gefühle und Empfindungen, sind meist angenehm; starke, individuell und wirklich starke Vorstellungen, Wahrnehmungen, sind oder werden leicht unangenehm. Jene ersteren nennt man gewöhnlich Lustempfindungen, Lustgefühle, diese, die letzteren, im Gegensatze zu ihnen, Unlustgefühle. Das stärkste Unlustgefühl ist der Schmerz. Dabei redet man sich vielfach ein, dass das Gefühl der Lust und Unlust von den bezüglichen Vorstellungen an sich vollständig getrennt sei, dass diese vielmehr von ihnen bloss begleitet oder, wie man sich da ausdrückt, bloss betont seien; doch das ist durchaus irrig. Das jeweilige Gefühl, die jeweilige Empfindung an sich ist angenehm, ist Lust; die jeweilige Empfindung, Wahrnehmung, ebenfalls schon an sich, ist unangenehm, schmerzhaft, ist damit Schmerz selbst, beziehungsweise Unlust.

Aus den genannten Vorgängen, Zuständen setzt sich nun im allgemeinen das bewusste Leben, das wir wohl mit dem alltäglichen Ausdrucke Seelen- oder Geistesleben bezeichnen, zusammen. Denn Seele, Geist, ist nichts Anderes als das Etwas, das die Lebewesen und mit ihnen uns Menschen selbst, zu bewussten, selbstbewussten Geschöpfen macht; wobei der Ausdruck S e e l e noch mehr mit Rücksicht auf die blossen Gefühle und namentlich das Gemeingefühl als Lust oder Unlust, und der Ausdruck G e i s t mehr im Hinblick auf bestimmte Wahrnehmungen und deren Verständnis gebraucht wird. Im Zusammenhange damit wenden wir das Wort Seele auch vornehmlich mit Bezug auf das blosse Gefühlsleben, das wir auch als Gemütsleben, Gemüt, wie jemandem zu Mute ist, bezeichnen, und das Wort Geist mit Bezug auf das klare Vorstellungsleben, das wir auch Verstandesleben, Verstand, nennen, ziemlich ausnahmslos an. Wo wir von einem solchen Gegensatze absehen und

nichts vorweg genommen haben wollen, da gebrauchen wir dann, namentlich in wissenschaftlichen Kreisen häufig den Ausdruck Psyche.

Was im Seelen-, was im Geistes- und damit im Vorstellungs-, im psychischen Leben überhaupt sich je ereignet, wiederholt sich leicht einmal in demselben, sobald ein genügender Anstoss den nämlichen chemisch-physikalischen Vorgang wieder in das Leben ruft, auf dem jenes beruhte. Diese Thatsachen liegen damit dem, was wir Erinnerung, was wir Gedächtnis nennen, zu Grunde.

Aus all den letztgenannten Vorgängen und vorzugsweise, soweit ein solches bei ihnen stattfindet, aus ihrem Zusammenwirken geht ein immer stärker und klarer werdendes Bewusstsein, beziehentlich Selbstbewusstsein hervor. Das fragliche Geschöpf fühlt sich immer mehr, immer deutlicher, bestimmter als ein in sich abgeschlossenes Etwas, als ein für sich bestehendes Ganzes. Das Individualitäts-, das Persönlichkeits-, das Ichgefühl greift Platz; das Ich, sein Ich, fühlt, empfindet, nimmt wahr, d. h. erkennt sich als solches, als ein Besonderes, Eigenartiges.

Auf dieses Ich nun kommt es bei allen seelischen, allen geistigen Vorgängen an; kommt es an, wenn es gilt, die geistige, oder wie man da meistenteils sagt, die moralische, die sittliche Wertigkeit zu bestimmen; kommt es an, ob gegebenen Falles geistige Gesundheit oder geistige Krankheit besteht. Dieses Ich, und zwar in seiner Gesamtheit, muss erkrankt sein, sollen oder wollen wir von einer Geisteskrankheit reden können; sonst dürfen wir, wie das auch schon im gemeinen Leben geschieht, bloss von krankhaften Zuständen in ihm sprechen, die es noch einmal in seiner Gesamtheit ergreifen und krank machen können, die es indessen bis jetzt noch nicht soweit ergriffen, durchsetzt, beziehungsweise zersetzt haben.

Das Ich ist ein Gefühl. Es ist das Gesamtgefühl aller der Einzelgefühle, welche zu seinem Aufbau beigetragen haben, und damit ist es auch die Summe oder das Produkt der Gefühle, die sich jemals in ihm vollzogen

haben. Es ist darum auch niemals dasselbe, sondern in jedem Augenblicke ein anderes. Je grösser indessen die Anzahl der Vorstellungen ist, aus denen es sich gebildet hat, um so geringer ist die Veränderung, die es durch den Zuwachs oder Ausfall einzelner neuer, beziehentlich alter Vorstellungen erfährt. Es scheint dann eine gewisse Ständigkeit, Festigkeit, Geschlossenheit zu besitzen und äussert sich unter bestimmten Umständen im grossen Ganzen immer in der gleichen, bestimmten und bezeichnenden Weise; es zeigt Charakter, ist ein Charakter. Je weniger Vorstellungen hingegen in die Ichbildung eingegangen sind, obgleich ihrer viele vielleicht im Laufe der Zeit dabei mitgewirkt hatten, weil nur ihrer wenige dauernd hafteten und die meisten, durch neue verdrängt, immer wieder ausfielen, da wurde das Ich nur schwach, sehr veränderlich, eines eigentlichen Gepräges entbehrend. Aller Charakter fehlt ihm da, es ist charakterlos. Von jedem Reize, der es trifft, nach dem Grade seiner Stärke abhängig, ist es alle Augenblicke ein anderes; es erscheint haltlos, leicht bestimmbar, darum zuchtlos, sittenlos, Träger, beziehentlich Vermittler, Verursacher, einer Moral insanity, deren Vorkommen zwar in der neueren Zeit bestritten worden ist, die nichts destoweniger doch ebenso sicher vorkommt, wie Sitte und Anstand selbst. Im letzteren Falle ist das Ich entschieden schon krank, und das um so mehr und gewisser, je leichter veränderlich, weil lockerer in seinem Gefüge, es ist. Denn ist das Ich auch immer veränderlich, das dauerhafte, sogenannte gesunde, ändert sich doch bloss allmählich; ändert es sich leicht und alle Augenblicke, so ist es ein haltloses, widerstandsloses, hinfälliges und danach auch ein krankes, zum wenigsten krankhaftes. Als Gefühl kann das Ich eigentlich nicht wohl erkranken, beziehentlich krank sein. Das Gefühl ist ja nur eine Leistung, eine Funktion, und als solche kann es sich wohl krankhaft gestört zeigen, aber nicht krank an und für sich sein. Von Gefühlskrankheiten, von Gemütskrankheiten, Seelenkrankheiten, Geisteskrankheiten, welche letztere doch ja nur

bestimmte Formen-Abänderungen der ersten sind, und demgemäss auch von Krankheiten des Ichs reden, ist, recht besehen, eigentlich ein Unding. Dennoch geschieht es ganz allgemein, und schlechthin weiss auch ein jeder, was er unter den besagten Ausdrücken zu verstehen hat. Zur raschen Verständigung, im gemeinen, alltäglichen Leben sind sie deshalb auch ganz gut zu gebrauchen; wie aber wissenschaftlich und, wo es auf Klarheit, sowie Deutlichkeit ankommt? In allen solchen Fällen müssen die beteiligten Persönlichkeiten sich bewusst sein, dass sämtliche der beregten sogenannten Krankheiten bloss Leistungsstörungen sind infolge von Störungen im Bestande des leistenden Körpers, d. i. was wir sonst infolge von Krankheiten dieses heissen. Nicht die Fieber an sich sind die bezüglichen Krankheiten, obwohl sie auch als solche bezeichnet werden, wie z. B. die Ausdrücke Heufieber, Wechselfieber, Tropenfieber, Lazarethfieber u. s. w. beweisen; sondern die Ernährungs-, beziehungsweise die durch sie herbeigeführten Organveränderungen sind es, und diese haben erst die Fieber hervorgerufen. Die Fieber selbst sind so aber lediglich Anzeichen, Symptome, von Krankheiten, doch nicht solche selbst.

Nicht anders liegt es mit der Wassersucht, der Gelbsucht, der Harnruhr, Darmruhr u. ä. m. Sie sind alle an und für sich nur Symptome, nicht eigentliche Krankheiten. Die Krankheiten, welche durch die Wassersucht angezeigt werden, sind solche des Herzens, der Leber, der Nieren, der Nerven, vorzugsweise der Gefässnerven. Die Gelbsucht ist ein Symptom vornehmlich von Leberkrankheiten, die Harnruhr ein solches wieder von Nervenkrankheiten, und die Darmruhr ein solches von Darmkrankheiten, insbesondere von Verschwärungen des Darmes. Welches sind nun die Krankheiten, welche den sogenannten Geisteskrankheiten, den Seelen- oder Gemütskrankheiten, den Krankheiten des Ichs, den psychischen Krankheiten, zu Grunde liegen?

Abgesehen vom Fieber, den Kopf- und Gliederschmerzen, den Verdauungsstörungen, den Störungen des

Schlafes und sonstigen Allgemeinbefindens, abgesehen von diesen Störungen oder Krankheitssymptomen, welche sich bei jeder Krankheit vorfinden und an sehr verschiedenen Orten, beziehentlich in sehr verschiedenen Organen des Körpers entstehen, entstehen die hauptsächlichsten, die die jeweilige Krankheit bezeichnendsten, die für sie charakteristischsten Symptome am Orte der Erkrankung, also in dem erkrankten Organe selbst. Die für Herzkrankheiten insonders wichtigen Symptome entstehen so am oder auch im Herzen selbst; die für Lungenkrankheiten charakteristischsten in und auf den Lungen, die für Leberkrankheiten in der Leber, die für Nierenkrankheiten in den Nieren. Die hervorstechendsten Symptome von Blasen- und Geschlechtskrankheiten bilden sich in der Blase und den Geschlechtsorganen aus, die von gewissen Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten, wie manche Schmerzen oder Fühllosigkeiten, Empfindungslosigkeiten, wie manche Krämpfe oder Lähmungen, Bewegungsstörungen überhaupt, im Rückenmarke und Gehirne; darum meinte man, dass auch die den symptomatischen Geistes-, Seelen- oder Gemüts-, den psychischen Krankheiten überhaupt, die zusammen ich kurzweg Krankheiten des Ichs genannt habe, dass auch die diesen zu Grunde liegenden eigentlichen Krankheiten da ihren Sitz hätten und sich abspielten, wo das Ich gebildet würde. Das grosse Gehirn, insonderheit der Hirnmantel, die graue Grosshirnrinde, die wir als das Bewusstseins-, als das Ichorgan kennen gelernt, sollten demzufolge ihren Sitz abgeben. In Geisteskrankheiten oder, wie er an der betreffenden Stelle von ihnen sagt, in psychischen Krankheiten, erklärte dem entsprechend Griesinger, haben wir vor allem jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen, und Spätere behaupteten geradezu, Geisteskrankheiten seien Gehirnkrankheiten, oder aber auch, enger begrenzt, Krankheiten des Vorderhirnes.

Es ist das alles auch bis zu einem gewissen Grade richtig. Doch kommt es darauf an, was man unter Krankheit, Krankheiten, versteht. Versteht man darunter nur die

groben, leicht wahrnehmbaren Veränderungen, welche wir für gewöhnlich als materielle, als organische bezeichnen, oder auch etwa noch die durch Vergiftungen herbeigeführten, welche sich, wenn auch erst durch allerhand Hülfsmittel, so doch immer noch feststellen lassen, so wüsste ich nicht, was sich dagegen Stichhaltiges einwenden liesse; versteht man aber darunter auch schon die Schwächezustände, welche sich durch eine gewisse Widerstandslosigkeit, eine gewisse Labilität des Gleichgewichtes in Haltung und Charakter an den Tag legen, wie wir ihrer gelegentlich schon Erwähnung gethan haben, so dürfte sich dagegen doch mancher Widerspruch erheben lassen. Ist vom rein naturwissenschaftlichen, rein biologischen und deshalb auch rein wissenschaftlichen Standpunkte aus auch jeder Schwächezustand, weil er auf einer behinderten und darum mangelhaften Entwickelung beruht, sowie deshalb wieder eine gedeihliche Weiterentwickelung ausschliesst, wohl aber eine mehr oder weniger grosse Verkümmerung nach sich zu ziehen vermag, ist jeder Schwächezustand darum auch von jenem Standpunkte aus als ein krankhafter, Krankheit und Untergang bedingender anzusehen, eine Krankheit an sich ist er darum doch noch nicht. Er leistet der Entstehung einer solchen Vorschub, disponiert zu ihr, stellt vielleicht auch schon die ersten leisen Anfänge von ihr dar; indessen eine solche selbst ist er doch noch nicht. Ungleich mehr, wie zu eigentlichen Krankheiten, also sogenannten materiellen, organischen Veränderungen, disponiert ein solcher Schwächezustand zu funktionellen, physiologischen, also Leistungsänderungen, wenn entsprechende, d. i. leistungsändernde, Reize auf ihn einwirken. Allerdings bilden sich, wo solche Leistungsänderungen zur Erscheinung kommen, die zunächst lediglich auf atomistischen und Molekularbewegungen beruhen, mit der Zeit die beregten materiellen oder organischen Veränderungen als Ausdruck von Molarbewegungen aus; allein ehe es soweit kommt, dauert es doch eine gewisse Zeit, und andere Reize können wieder ändernd da eintreten und andere Wirkungen haben.

Ist es somit nach unseren Schilderungen in der That richtig, dass Geisteskrankheiten durch Krankheiten und krankhafte Zustände des Gehirnes, namentlich des grossen oder Vorderhirnes und zumal seiner grauen Rinde, bedingt sind, so doch noch keineswegs durch dieselben ganz allein. Krankhaft veranlagt und daher schwach, widerstandslos, muss das Gehirn und insbesondere das Gross- oder Vorderhirn, als Bewusstseins-, Vorstellungs-, Ichorgan freilich immer sein, wenn eine geistige Erkrankung stattfinden, eine Geisteskrankheit sich entwickeln soll; allein, damit letzteres thatsächlich geschehe, kann die Veranlassung dazu, die Ursache, doch noch von ganz wo anders her gegeben sein, ganz wo anders liegen. Und da denke man daran, wie das Ich entstanden ist, dass es aus den Wirkungen der Reize der Aussenwelt auf den eigenen Körper und seine Organe, und durch diese Wirkungen wieder, als eigene besondere Reize auf das Bewusstseinsorgan, d. i. also aus den Vorstellungen, vorzugsweise Gefühlen, welche in diesem durch jene ausgelöst wurden, hervorgegangen ist, dass das Ich so gewissermassen aus den Berichten, beziehentlich Berichterstattungen, aus dem eigenen Körper und der Aufnahme, welche dieselben gerade in dem individuell verschieden veranlagten Bewusstseinsorgane und damit Bewusstsein selbst erfuhren, sich gebildet hat. Da weiter alle zu einer bestimmten Gruppe von Geschöpfen, zu bestimmten Gruppen von Wirbeltieren und damit auch Menschen gehörigen Individuen im grossen und ganzen dieselbe Organisation besitzen — weil sie dieselbe Organisation besitzen, deshalb stellen sie eben eine besondere Gruppe in ihrer Erscheinung dar — und da sie mit dieser Organisation schlechthin auch dieselbe Einrichtung des Nervensystems besitzen, so ist auch ihr Bewusstsein und vornehmlich das von sich selbst, also ihr Ichgefühl, im grossen Ganzen dasselbe. Diejenigen Eigenschaften, welche, wenn auch in einer gewissen, geringen Verschiedenheit ihrer Ausbildung, sich dennoch bei allen Individuen einer bestimmten Gruppe von Lebewesen vorfinden, heisst man ihrem Sein gemässe, ihrer Gesundheit

gemässe, wohl auch kurzweg gesunde. Das Ichgefühl, das sich bei einer bestimmten Gruppe von Lebewesen, namentlich Wirbeltieren und Menschen, an den Tag legt, und das wir an dem Charakter derselben erkennen, nennen wir demgemäss auch das für die jeweilige dieser Gruppen gesunde Ichgefühl, beziehungsweise Ich. Es ist das Ergebnis der Einwirkung gleichmässiger, alltäglicher Reize auf ein im allgemeinen gleich angelegtes Nervensystem und vornehmlich Bewusstseinsorgan in ihm.

Ist nun das aber einmal anders, wirken ungleichmässige, bald sehr starke, bald verhältnismässig schwache, durch zu häufiges Auftreten matt gewordene Reize ein; leiten die aus diesem oder jenem Grunde anders gearteten Nerven dieselben in anderer, als der gewöhnlichen Art, zu rasch oder zu langsam, und dabei in anderen Formen, Wellen; nimmt das krankhaft veranlagte und darum schwache und widerstandslose, leicht erlahmende Bewusstseins-, beziehungsweise Ichorgan dieselben in einer seiner Veranlagnng entsprechenden Weise auf, percipiert es die ungewöhnlichen Reize, die es treffen, in ungewöhnlicher, besonders zu heftiger oder zu matter und, wie jeder heftige oder auch sogenannte dumpfe Schmerz lehrt, dazu in einer mehr oder weniger fremdartigen, unangenehmen Weise, appercipiert das vorhandene Ich also die bezüglichen neuen Vorstellungen in einer an ihm sonst nicht gekannten Weise, mit auffallender Lust, Unlust oder auch Gleichgültigkeit, kurz in einer unverkennbaren Andersartigkeit, unverkennbaren Charakterveränderung, dann ist es krank, und zwar, ohne dass eine eigentliche, eine materielle oder organische Krankheit des Gehirnes, beziehungsweise des Vorderhirnes, als ihm zu Grunde liegend, nachgewiesen werden könnte. Das betreffende Individuum ist dann geisteskrank, ist seelenkrank, gemütskrank oder, wie wir das sonst nennen mögen, und dabei ist es an und für sich ganz gleichgültig, ob es ein Tier oder ein Mensch ist. Denn eine entsprechende Charakterveränderung kommt auch bei Tieren vor, und Charakterveränderung überhaupt ist ge-

meinhin das sicherste Zeichen geistiger Erkrankung, ist das sicherste Zeichen des Ausbruches einer geistigen Störung, einer Geisteskrankheit.

Und alles das kann sein, ohne dass wir imstande wären, den Grund, die Ursache dafür auffinden, beziehentlich nachweisen zu können. Es ist zunächst nichts Anderes, als eine blosse Leistungsveränderung, eine sogenannte Funktionsstörung oder funktionelle Krankheit, welche, wie wir bereits erfahren haben, auf Veränderungen in den zu Grunde liegenden Atom- und Molekularbewegungen beruhen, von denen wieder wir wissen, dass sie in Molarbewegungen überzugehen und die blossen Funktionsstörungen in materielle und die funktionellen Krankheiten in organische überzuführen vermögen, die aber, nämlich die letzteren, wo wir sie dann finden, nicht die Ursachen der jeweiligen Krankheitsvorgänge darstellen, sondern vielmehr deren Ausgangs- oder Terminalzustände.

Doch, ich betone das noch einmal, ist es nicht immer so. Es giebt eine grosse Anzahl von Geisteskrankheiten und geistigen Störungen lediglich infolge von Erkrankungen des Gehirnes: es sind das die sogenannten idiopathischen oder auch mit materieller Grundlage, wie man sie geheissen hat; allein die ungleich grössere Mehrzahl entbehrt dieser letzteren und kommt nur in der vorher geschilderten Weise zu stande: es sind das die sogenannten deuteropathischen oder wohl auch ohne nachweisbare materielle Grundlage geheissenen. Sie bilden, wie erwähnt, die bei weitem grössere Masse, und, mit gerade auf sie hin, haben die älteren Irrenärzte ihrer Zeit erklärt, als der Satz, Geisteskrankheiten seien blosse Gehirnkrankheiten, gewissermassen zum Lehrsatz erhoben wurde: Nein, die Geisteskrankheiten sind nicht sowohl Krankheiten des Gehirnes, als vielmehr solche der ganzen Person. Die Geisteskrankheiten können wohl das eine oder das andere Mal Ausflüsse von Gehirnkrankheiten sein; dennoch seien sie vorzugsweise Ausflüsse von Erkrankungen der ganzen Individualität, welche sie gerade durch sich zu erkennen giebt.

Das kommt aber so ziemlich auf das hinaus, was wir bis jetzt in Betreff ihres Wesens erfahren haben. Das Ich zeigt sich verändert, krankhaft verändert, selbst krank, weil andersartige Reize wie bisher, krankhaft veränderte, durch Krankheit erzeugte und damit gewissermassen selbst kranke, auf es eingewirkt haben. Und das zwingt uns zu der Annahme, die ich auch alltäglich bestätigt finde, und die wohl ebenso jedweder nur einigermassen Sachverständige auch bestätigt finden wird, wenn er bloss sehen will und sehen kann, dass alle Erkrankungen des eigenen Körpers, seien sie nun mehr allgemeiner, seien sie lediglich mehr örtlicher Natur, dass jede dieser Krankheiten die Ursache einer geistigen Erkrankung, einer Geisteskrankheit werden, beziehentlich sein kann. Der Rheumatismus, die Gicht, der Typhus, die Cholera, die Influenza, die Malaria, jede Lungenentzündung, Herzentzündung, jedes Magen- und Darm-, Leber- und Nierenleiden, die Erkrankungen der Blase und der Geschlechtsorgane, des Unterhautzellgewebes und daher auch Knochenhautentzündungen, Sehnenscheidenentzündungen, sogenannte Finger- und Zahngeschwüre können auf diese Weise zur Ursache einer Erkrankung des Ichs, einer Geisteskrankheit werden; es kommt nur darauf an, dass das jeweilige, bezügliche Individuum dazu veranlagt oder, wie wir gewöhnlich sagen, disponiert ist. Denn ist es das nicht, ermangelt es der entsprechenden Disposition, so erkrankt es nicht leicht in geistiger Beziehung; es geht ungefährdet durch das Leben, mag es auch treffen, was da wolle; doch ist es disponiert, und je stärker disponiert, in um so höherem Grade, so ist auch jede Krankheit, die es befällt, nur zu oft vielmehr auch die Ursache seines geistigen Erkrankens. Selbst die Anforderungen einer zeitweiligen stärkeren Entwickelung, wie z. B. das beschleunigte Wachstum in der Pubertäts- und der ihr unmittelbar folgenden Zeit, wird dann zu einer solchen Ursache und leider mit ihr dann auch zu der eines dauernden geistigen Siechtums für die ganze übrige Lebenszeit.

Die wiederholt angezogene Disposition ist, wie schon früher beiläufig erwähnt worden, gegeben in einer mehr oder weniger grossen Schwäche und Widerstandslosigkeit der betreffenden Individuen. Entwickelungshemmungen, infolge einer durch Erbschaft überkommenen Bildungsschwäche, eines unzulänglichen sogenannten Nisus formativus, sind schuld daran. Hauptsächlich schwach und zart, weil bis zu einem gewissen Grade unreif, blieben jedoch bei allen solchen Individuen das Blutgefässsystem, mitsamt seinem Inhalte, dem Blute, und das Nervensystem. Beide sind zu klein und dazu unreif für den jeweiligen Gesamtkörper und verhalten sich demgemäss auch in physiologischer Beziehung unzulänglich oder gar mangelhaft, fehlerhaft. Die einschlägigen Personen sind sämtlich chlorämisch und neurasthenisch.

Die Chlorämie und Neurasthenie, welche sich gegenseitig bedingen und zusammen die chlorämisch-neurasthenische Constitutionsanomalie oder -Diathese ausmachen, ist ein Entartungszustand. Kommt er auch häufig, alltäglich, vor, so ist er doch immerhin ein abwegiger, ein Entartungszustand. Wo wir ihn finden, haben wir es mit entarteten Individuen zu thun, und zwar je nach dem Grade, den er erreicht hat, mit erst noch leicht, gleichsam erst entartenden, oder mit solchen, die bereits tief entartet sind. Die chlorämisch-neurasthenische Diathese ist darum auch als ein sehr vollwertiges, ja als das Haupt-Entartungszeichen zu betrachten, und das um so mehr, als ihre Träger auch sonst noch gar manche Entartungszustände als Zeichen ihrer allgemeinen Entartung an sich pflegen aufzuweisen zu haben.

Und so kommen wir denn zu dem Schlusse, dass es nur Entartete und, auf den Menschen übertragen, nur entartete Menschen seien, welche geistig erkranken, und dass die Geisteskrankheit, welcher sie verfallen, lediglich ein Zeichen ihrer Entartung, also ein blosses Entartungszeichen, sei. Das steht denn auch im Einklange mit der Lehre von

der sogenannten erblichen Belastung, nämlich der Belastung mit der Disposition zu allerhand schweren Erkrankungen, beziehungsweise unheilbarem Siechtum, und insbesondere auch zu Nervenkrankheiten. Geisteskrankheiten, geistigen Störungen überhaupt. Stellt sich doch bei vorurteilsfreier Beobachtung und ruhiger Überlegung heraus, dass die sogenannte erbliche Belastung ganz und gar nichts Anderes ist und sein kann, als die durch Erblichkeit bedingte Entartung, die von Geschlecht zu Geschlecht fortschreitet, wie das die Natur zu allen Zeiten und an allen Orten lehrt.

Die Geisteskrankheiten sind Krankheiten des Ichs, und das Ich ist ein Gefühl. Es sind darüber schon die erforderlichen Auseinandersetzungen erfolgt; ein Weiteres scheint mir in der Beziehung nicht mehr nötig. Allein wenn jenes der Fall ist und man sich vergegenwärtigt, dass das Gefühl eine Leistung, eine Funktion, eine Lebensäusserung schlechthin, ist, so ist es nur natürlich, dass sich die Geisteskrankheiten dann auch nach der Art und Weise wie alle anderen Lebensäusserungen vollziehen werden. Das biologische Grundgesetz hat in der That auch für sie Geltung, und insonderheit ist es das Erregungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven, wie es Pflüger kennen gelehrt hat, nach dem sie entstehen und vergehen. Sie schwanken von den leisesten Anfängen einer veränderten Ichempfindung oder, wie man hier gemeiniglich sagt, Selbstempfindung, wie sie z. B. bei jeder Krankheit vorkommt, bis zu den stärksten, ich möchte sagen, Fälschungen des Ichs, vor denen nichts der Wirklichkeit Entsprechendes mehr wahrgenommen werden kann. Jene werden für gewöhnlich noch nicht zu den Geisteskrankheiten gerechnet; das eigentliche Gebiet derselben machen allein die letzteren aus. Zwischen beiden Formenkreisen finden indessen unzählige der sanftesten Übergänge statt, und wohin gelegentlich der eine oder der andere Fall zu rechnen sei, hängt ganz und gar von den Auffassungen und Anschauungen ab, welche sich

die jeweiligen Sachkundigen zu eigen gemacht haben. Gewisse Fälle werden darum immer in Betreff der Stellung, die ihnen in den besagten Formenkreisen anzuweisen sei, strittig bleiben, und namentlich vor Gericht wird sich das auch bei vollkundigen Sachverständigen darum immer und immer wieder von neuem geltend machen.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle a. S.

Über
alkoholische Paralyse
und
infektiöse Neuritis multiplex

von

Director Dr. **Th. Tiling,**
Anstalt Rothenberg.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1897.

Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex

von

Director Dr. **Th. Tiling,**

Anstalt Rothenberg.

Das Bild, welches heutzutage von der infektiösen Neuritis multiplex aufgestellt ist, entspricht offenbar fast vollständig dem, was die älteren Autoren als alkoholische Paralyse beschrieben haben. Vor allem die Franzosen schildern die alkoholische Paralyse klar und scharf, wie man aus Charcot's poliklinischen Vorträgen (übersetzt von Freud 1893) ersehen kann. Ebenso sind aber weder den Engländern noch den Deutschen die charakteristischen somatischen und psychischen Merkmale entgangen. Die psychische Störung ist allerdings meist nur kurz skizziert, aber sie ist auch sehr einfach und fast mit dem Worte Gedächtnisstörung erschöpft, sodass an eine Verwechselung oder ein Missverständnis nicht zu denken ist. Seit der Arbeit von Leyden[1]) wandte man sich mit Eifer und Erfolg dieser multiplen Neuritis zu; es scheint aber, als wäre es den Autoren entgangen, dass die Mehrzahl der beschriebenen Neuritiker Alkoholparalytiker waren, mit der charakteristischen Geistesstörung. Da war es das Verdienst Korsakow's[2]), diese Thatsache nachgewiesen zu haben. Er betonte die notwendige Zusammengehörigkeit der Neuritis mit der Geistesstörung und stellte weiter die Behauptung auf, dass dieses Ganze immer durch Infektion

1) Neuritis und Poliomyelitis, Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I, 1880.

2) Westnik, die klin. und gerichtl. Psych. und Neurol. 1887.

entstehe, sowohl durch Alkoholintoxikation wie auch durch Selbstinfektion, wenn Zerfallsprodukte im Körper gebildet würden, wie auch endlich durch Intoxikation mit metallischen Giften. Die Geistesstörung sollte nach ihm in dreifacher Form auftreten können, und zwar als reizbare Schwäche des ganzen Nervensystems mit Angstanfällen, als allgemeine Verwirrtheit oder endlich als Amnesie mit Pseudoreminiscenzen. In meiner ersten Arbeit über die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 46, Heft 2 u. 3, 1889) sprach ich mich dahin aus, dass Neuritis und Amnesie zusammen das Krankheitsbild ausmachten, dass diese Krankheit nur selten aus anderer Ursache als Alkoholmissbrauch entstände, dass ich aber nur die reine Amnesie als charakteristisch für die neuritische Geistesstörung anerkennen könne. Nur in der russischen Litteratur folgten ununterbrochen Arbeiten, welche die Ansicht Karsokow's vollständig bestätigten. Erst allmälig erschienen Arbeiten in allen Ländern, welche die Casuistik vermehrten und Stellung zur beregten Frage nahmen, ob Alkohol die einzige oder vornehmliche Ursache dieses Krankheitsbildes darstelle oder ob auch Infektionen anderer Art dasselbe hervorrufen könnten? So berichtete Brie[1]) über einen Fall von Neuritis nach wochenlangen Diarrhöen mit Erbrechen, Hoevel[2]) über einen Fall posttyphöser akuter amnestischer Demenz mit Polyneuritis, Giese und Pagenstecher[3]) beschrieben einen Fall von Potatorium mit Tuberkulose. Möbius[4]) beschreibt 2 Fälle puerperaler Neuritis, die analog der alkoholischen auftraten und citiert einen Fall von Fériol, während der Schwangerschaft mit unstillbarem Erbrechen entstanden und nach der Geburt geheilt. Redlich[5]) leitet in einem seiner Fälle die Poly-

1) Brie, Mitteilungen auf d. 45 ord. Vers. etc. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, Heft 1 u. 2, 1891.

2) Hoevel, Jahrb. f. Psych. Bd. XI, Heft 3, 1892.

3) Arch. f. Psych. Bd. XXV, Heft 3, 1893.

4) Neurolog. Beiträge Heft IV, 1895.

5) Wien. klin. Wochenschrift No. 25 u. ff., 1896.

neuritis vom Darmleiden her; beide Fälle betreffen aber Alkoholneuritiker. Der neueste russische Autor, Suchanow[1]) bringt 7 typische Fälle, darunter 2 Fälle nicht alkoholischen Ursprungs, entstanden einmal, nach einem Leberleiden und dann nach posttyphöser Parotitis.

Diese wenigen Citate mögen genügen, um zu zeigen, dass die Autoren mit Recht sich der Ansicht Korsakows anschliessen, dass ausser dem Alkohol verschiedene Autointoxikationen das Bild der multipeln Neuritis mit amnestischer Geistesstörung hervorrufen können. Zwei solcher Fälle habe ich auch beschrieben, einen in der citierten Arbeit, nach Gangrän am Fuss, und einen zweiten nach posttyphöser Perityphlitis[2]). Die Frage, ob auch metallische Gifte einen solchen Symptomenkomplex hervorzurufen im Stande seien, scheint noch ungelöst. Die Fälle mit transitorischer Geistesstörung bei Polyneuritis, z. B. nach chronischer Bleivergiftung[3]) entsprechen nicht dem geschilderten Krankheitsbilde.

Weitere Beobachtungen werden ergeben, ob die durch puerperale, typhöse, gangränöse und einige andere Prozesse hervorgerufenen Neuritiden mit amnestischer Geistesstörung, ganz der chronischen und fast immer als unheilbar anzusehenden alkoholischen Neuritis oder Alkoholparalyse entsprechen? Der Status präsens, das muss zugegeben werden, ist derselbe. — Um überhaupt von der Entwickelung und Bedeutung der Alkoholparalyse ein richtiges Bild zu erhalten, genügt es nicht, die vollentwickelte Alkoholneuritis zu untersuchen und zu schildern, sondern man muss einen Schritt zurückgehen und die ersten, leichteren Wirkungen betrachten, die der Alkohol auf das Centralvervensystem, speziell die geistigen Funktionen, auszuüben pflegt. Hier muss ich auf Erfahrungen verweisen, die in der Dissertation

---

1) Arch. f. Psych. und Neurol. Bd. XXV, No. 3 und Bd. XXVI, No. 203.

2) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XLVIII, Heft 6, 1892.

3) Posselt, Wien. med. Wochenschrift No. 22, 1895.

von W. Babilée[1]) zusammengetragen sind. Die Arbeit enthält eine Fülle von Beobachtungen, teils eigenen, teils von solchen der bekanntesten französichen Irrenärzte wie Voisin, Ball, Falret, Legraud du Saulle u. s. w. Aus diesem reichen Material geht hervor, dass bei Leuten, die an regelmässigen Alkoholgenuss gewöhnt sind, sehr gewöhnlich Gedächtnisdefekte in allen Graden, von leichter Dysmnesie bis zu vollständiger Amnesie, zu beobachten sind. Oft beschränkt sich diese Dysmnesie auf Versagen des Gedächtnisses bei jedem Datum, Namen, Zahlen, Adressen, Citaten; doch erreicht die Amnesie auch die höchsten Grade, und neben derselben werden nur gewisse Veränderungen des Charakters, Verdriesslichkeit, launisches Wesen, Heftigkeit, traurige Stimmung oder Hypochondrie beobachtet. Als körperliche Beschwerden treten hinzu Verdauungsstörungen, Schlaflosigkeit und dergl. In ihrer Beschäftigung machen diese Menschen oft Fehler und müssen durch künstliche Erinnerungszeichen an ihre täglichen Obliegenheiten gemahnt werden. Die eingeübten Funktionen vollführen sie noch mit alter Routine. Eine vollständige Ausgleichung der Störung scheint auch in diesem Stadium zu den grössten Seltenheiten zu gehören. Aus der deutschen Litteratur würde hierher zu rechnen sein die Arbeit von Freund[2]), „zur Kenntnis der generellen Gedächtnisschwäche". In der russischen Litteratur finden sich in den citierten Arbeiten von Korsakow und Suchanow einige Fälle von nur schwach angedeuteten neuritischen Erscheinungen mit dem Hinweise darauf, dass auch solche Fälle in dieselbe Kategorie zu rechnen seien wie die vollentwickelten. Ich selbst entsinne mich eines Musikdirektors, der nach langjährigem Alkoholmissbrauchs, nicht anders mehr im Stande war seinen Pflichten nachzukommen, als dass seine Frau ihn zur angesetzten Stunde an sein Pult

---

1) Des trubles de la memoire dans l'alcoolisme et plus particulièrement de l'amnesie alcoolique, Paris 1886.

2) Arch. f. Psychr. Bd. XX.

führte und die erforderlichen Noten zur Stelle schaffte. Stand er aber erst da, dann gelang ihm die Leitung in gewohnter Weise zur allgemeinen Zufriedenheit. Der Mann klagte über allgemeine Schwäche und Schmerzen in den Waden, was ihm das Gehen erschwerte. Es waren damals noch keine Arbeiten über multiple Neuritis erschienen. — Wenn solche rudimentäre Erscheinungen in der Hauspraxis mehr beachtet würden, dann würde sich wohl durch grosse Zahlen feststellen lassen, dass der Alkohol eine spezifisch deletäre Wirkung auf das Gedächtnis ausübt und dass in ähnlich ausgedehnter Weise er nur noch auf den Charakter wirkt. So viel darf aber schon heute behauptet werden, dass die alkoholische Neuritis nur auf einem so vorbereiteten Boden auftritt. Bei genauem Examen eines Alkoholneuritikers wird sich wohl ausnahmslos ergeben, dass er, sei es mit, sei es ohne Anfälle von Delirien, schon lange auf der schiefen Ebene der amnestischen Demenz zugewandert war, als die Lähmung ziemlich plötzlich hinzutrat. Wie es sich damit bei den anderen Intoxikationsneuritiden verhält, das wird die Zukunft durch genauere Nachforschungen zu zeigen haben. Scheinbar ist die Entstehung der posttyphösen, puerperalen Neuritiden etc. eine plötzliche, unvorbereitete. Ohne Vorboten tritt bei ihnen auch das Bild der amnestischen Geistesstörung auf. Die akute Entstehung dieses Krankheitsbildes ist um so schwerer zu deuten, als es sich nach den bisherigen anatomischen Untersuchungen bei der multipeln Neuritis überhaupt nicht um Entzündung oder gar akute Entzündung der peripheren Nervenstämme handelt, sondern um Degeneration oder Zerfall der Nervenfasern und des Perineuriums, wie weiter angeführt werden soll. Auch scheint der Beginn dieser Neuritiden fieberlos zu sein, wie derjenige der Alkoholneuritis. Leichter verständlich erschiene von diesem Gesichtspunkt aus die chronische Intoxikation durch metallische Gifte, wie Arsen, Blei, Kohlenschwefelstoff u. s. w. Das sind Fragen, deren Beantwortung der Zukunft vorbehalten bleibt.

Die Zahl der mitgeteilten Fälle von Alkoholneuritis und einigen anderen Polyneuritiden ist gegenwärtig so gewachsen, dass wohl von einem Typus des Krankheitsbildes gesprochen werden kann und daher möchte ich einen noch unveröffentlichten, ganz reinen Fall dieser Art vorausschicken und dann zur Besprechung des Krankheitsbildes übergehen.

Am 15. Oktober 1891 wurde der Kranke der Anstalt Rothenberg übergeben. Er war 49 J. alt, Jurist und bekleidete den Posten eines Stadtrats der Stadt M. — Pat. ist ziemlich wohlbeleibt, kommt schwerfällig auf einen Stock gestützt ins Zimmer und lässt sich auf einen Stuhl sinken. Am Gesicht, den Augen und der Sprache ist nichts Abnormes zu bemerken; er spricht geläufig und schnell; auf Wunsch seiner Frau habe er sich entschlossen einzutreten, er fühle sich aber im Ganzen nicht so krank. Aufgefordert sich zu erheben, gelingt ihm das nur, indem er sich auf die Stuhllehne stützt; bei dem Versuch eine hockende Stellung einzunehmen, sinkt er ganz zusammen. Die Extensoren der Oberschenkel und Unterschenkel, in geringerem Grade die Extensoren der oberen Extremitäten, sind kraftlos, abgeflacht und beim Drücken schmerzhaft. Auch beim Gehen durch das Zimmer knickt er in den Knieen zuweilen ein. Beim Heben des Fusses senkt sich das distale Ende gegen den Fussboden und wird dann unter leichtem Zittern durch eine Aktion der Extensoren in Schwebe erhalten. Der Boden wird zuerst mit dem Zehenballen berührt, dann folgt der Hacken (Steppergang, Charcot). Die Sensibilität an den Extremitäten ist herabgesetzt, die Schmerzempfindung verlangsamt; später äussert sich aber die Empfindung stark und tritt zuweilen spontan nochmals auf (Rückempfindung). Die Patellarreflexe fehlen. — Auf Fragen nach seiner Muskelkraft, speziell in den Beinen, beteuert er, dass er ein ausgezeichneter Fussgänger sei; „ja, lieber Doktor, ich bin ein alter Jäger, der ganze Tage durch Moor und Sumpf gewandert ist; meine Beine sind kräftig“. —

Nachdem Pat. zuerst seinen Unwillen darüber geäussert, dass seine Frau ihn ohne Abschied verlassen habe, ändert sich seine Laune sehr bald in der Unterhaltung mit den Anwesenden. Er bietet sehr höflich wohl 5 mal während einer Viertelstunde sein leeres Porte-Cigarres den Anwesenden an, immer wieder sich entschuldigend, da dasselbe sich als leer erweist. Seine Jägergeschichte kehrt auch einige Male wieder. Zum Abendessen bittet Pat. um einen Schnaps und eine halbe Flasche Bier; als ihm das abgeschlagen wird, beteuert er kein Trinker gewesen zu sein, „einen Schnaps aber trinke jeder Kurländer“; „eine Flasche Bier könne nur seiner Blutarmut dienlich sein“. Dieser in der Folge stets wiederkehrenden Bitte wurde von dem Wartepersonal, wie zufällig bemerkt wurde, bald dadurch begegnet, dass man ihm sagte, er habe beides schon erhalten. Damit gab er sich zufrieden. Nach dem Abendessen beteiligte er sich an einer Kartenparthie; während derselben verlangte er öfter nach einem Cognac und nach Bier und rief wiederholt den Kellner, weil er im Gasthause zu sein wähnte. —

Nach dem eben Mitgeteilten musste es klar sein, dass man einen sog. Neuritiker mit amnestischem Schwachsinn vor sich habe, und auch ohne Anamnese wäre man mit der Annahme wohl nicht fehlgegangen, wenn man Alkoholparalyse angenommen hätte. —

Die Anamnese ergab, dass Pat. von gesunden Eltern abstammte und selbst immer gesund gewesen war. Er war von Natur leichtsinnig gewesen, hatte sich als Student das Trinken angewöhnt und seitdem immer fortgesetzt. In den letzten Jahren hatte er schon des Vormittags Bier und Cognac getrunken; vor circa 2 Monaten bemerkten die Kollegen des Kranken an ihm Zerstreutheit und Vergesssamkeit und grosse Reizbarkeit. Vor 2 Wochen fiel der Frau auf, dass er beim Durchlesen eines geschäftlichen Schreibens sehr lange verweilte. Am Abend fragte sie ihn, ob die Sache erledigt sei? was er bejahte. Am anderen Morgen wusste er nichts mehr von der Angelegenheit. Er

trank immer wieder, zum Teil deswegen, weil er nicht wusste, ob er schon getrunken hätte?

Über den weiteren Verlauf des Leidens soll möglichst kurz berichtet werden.

Die Nächte schlief Pat. schlecht, trotz Gebrauchs von Chloralhydr. 2,0.

Schon am Tage nach der Aufnahme musste er dauernd zu Bett gelegt werden. Beim Gehen durch das Zimmer war er einige Male zusammengeknickt und hatte sich an demselben 16. Oct. erst das rechte, dann, trotz Verbots aufzustehen, das linke Fussgelenk distorquiert. Beide Fussgelenke waren sehr schmerzhaft. Der Humor blieb darnach unverändert derselbe; auf wiederholte Verweigerung von Spirituosen macht er die Bemerkung, „aber lieber Doktor, gestern und heute habe ich in Ihrem Beisein Bier getrunken, weshalb soll ich denn jetzt nichts bekommen? Es kann mir nur dienlich sein gegen meine Blutarmut". So ging es fort. Den Besuch der Frau vergass er nach einer Stunde, die Wärter nannte er Kellner, seinen Spezialwärter nannte er bei dem Namen seines früheren Dieners und verlangte, er solle bei Anwesenheit der Ärzte stets an seinem Bett sein, um Auskunft zu geben über Schlaf, Stuhlgang etc. Die Schwäche der Extensoren besonders und ihre Schmerzhaftigkeit bei Druck nimmt zu, der Puls schwankt zwischen 96 und 104, der Appetit sinkt und Pat. sieht elend und abgemagert aus. Am 5. November treten Atembeschwerden auf unter subjektivem Kältegefühl; er zittert am ganzen Leibe, seine Füsse und Hände seien wie Eisklumpen. Der Puls wird dabei beschleunigt, die Temp. ist normal. Ein gleicher Anfall wiederholt sich am 12. November 2 mal; Pat. giebt an, im linken Arm ausstrahlende Schmerzen zu empfinden. Er seufzt, stöhnt und ruft endlich „nehmt mir die eisernen Klammern von den Händen, ich ersticke, es presst mir Jemand die Kehle zu!" Das Atmen ist erschwert, der Puls stark aussetzend, das Gesicht gerötet, die Augen weit aufgerissen. Pat. verkennt in der Angst seine Umgebung. Diese Anfälle dauerten $^1/_2$—1 Stunde und

wiederholten sich am 24. Novemb., 2., 7., 9. und 25. Decemb. ungefähr in gleicher Weise. Im letzten Anfall fährt Pat. bei einem zufälligen Geräusch in die Höhe und ruft: „Was ist das! ha, da steht der Todtengräber (weist auf einen Krankenwärter), gehen sie hinaus, noch lebe ich! wozu steht der Sargdeckel da? nehmen sie ihn weg, o, ein gelber Sarg! welche Kälte, meine Füsse sind Eis! (Campher und Morphium). Damit schlossen die Anfälle ab; es war um die Zeit das Höhestadium der Krankheit überschritten. — Nachzuholen ist aus dieser Zeit, dass Pat. an starken perversen Sensationen litt. Er zupfte und pflückte an der Bettdecke oder zog sich verschiedene Gegenstände aus den Fingern, Würmer mit Gliedern und Schuppen, Ringe, die er wegzulegen oder aufzubewahren bat etc. Er glaubte an den Fingern Grütze zu haben oder ein Fliessen zu spüren. An den schlimmsten Tagen lag er oft schlafsüchtig da. Am 8. November erzählte er der Frau, er sei in der Nacht durch das Geschrei eines Russen gestört worden, der seine Tochter maltraitierte. Ein Kranker unter ihm war in der Nacht laut gewesen; er blieb aber trotz dieser Mitteilung dabei, der Russe sei es gewesen, wie ihm erzählt worden, auch habe er die Stimme desselben gekannt. Ende Februar 1895 besserte sich der Zustand. Die Sensationen liessen nach und die Muskelkraft in den Extremitäten nahm zu, sodass Pat. wieder gehen konnte, wenn auch mit grosser Mühe und in der charakteristischen Weise. Auch das Gedächtnis wurde etwas besser. Anfang März wird ihm angekündigt, dass er wegen Mangels an Mitteln in eine Pflegeanstalt in Mitau übergeführt werden soll. Pat. gerät darüber ausser sich, da er die Anstalt kennt und früher als Stadtrat selbst zu beaufsichtigen hatte. Von da an war er sehr niedergeschlagen; er deutete anfangs diesen Beschluss der Familie dahin, dass er wahrscheinlich an Gehirnerweichung leide, unheilbar sei und dass man ihn nur ganz loswerden wolle. Im Laufe einer Stunde kommt er fünf Mal auf denselben Gedankengang zurück, trotz der Versicherung, dass eine unheilbare Umnachtung seines Geistes

nicht eintreten werde. Die Umgebung muss ihn immerfort trösten; er vergiesst Thränen. In den folgenden Tagen wiederholt sich dasselbe; aber auf die wiederholte tröstende Einwendung erwidert er nun, „wie? Sie haben es mir doch ausdrücklich gesagt, dass ich die Gehirnerweichung bekomme; wie sollte ich selbst auf den Gedanken kommen, oder bin ich verrückt und denke mir solche Dinge aus?" So geht es fort; immer will er aus den Reden der Umgebung herausgehört haben, dass nur die Art seiner Geistesstörung die Familie bestimme ihn nach Mitau zu versetzen. Am 8. März 95 wird Pat. aus der Anstalt abgeholt.

Am 29. April 1896 macht Pat. allein einen Besuch in der Anstalt. Sein Aussehen ist elend, mager, wie gealtert, die Hände besonders abgemagert, die Zwischenknochenräume eingesunken, der Druck kraftlos, der Gang schlaff, schlotterig, die Reflexe fehlen. In der Gesichtsmuskulatur nichts Auffallendes, die Sprache ist fliessend und geläufig. Er erzählt unter Thränen, dass seine Frau seine Entmündigung vor Gericht beantragt habe, um hernach die Scheidung zu betreiben, dass seine Töchter ihn nicht mehr kennen wollten, wenn sie ihm begegneten. (Diese Erzählung entspricht den Thatsachen, soviel in Erfahrung gebracht werden konnte). Weiter teilt er mit, er sei gekommen, um zu erfahren, ob er Aufnahme in die dritte Klasse der Anstalt finden könne? Wenn er sich freiwillig melde, so könne er doch auch jederzeit auf seinen Wunsch entlassen werden? Da er ganz mittellos sei, so bäte er um Aufnahme in die billigste Klasse, zu 40 Rbl. monatlich. Er werde wohl das Zimmer mit einem anderen Patienten teilen müssen; ob es nicht ein G. sein könne, dessen er sich von seinem früheren Aufenthalt her erinnert? Auf die Erwiderung, eine Verpflegungsklasse zu 40 Rbl. gäbe es nicht, übrigens könnten seine vorgetragenen Wünsche erfüllt werden, kommt er noch mehr als einmal auf dieselben Punkte zurück, auch auf die 40 Rbl. — Darauf bittet er um Papier, um sich schriftlich Notizen zu machen, wie viel es kosten würde, wie viel Speisen er bekäme etc? Er fragt

einige Male, ob man ihm rate einzutreten, obgleich ihm die Versicherung gegeben wird, dass er in diesem Zustande auch ausserhalb einer Anstalt leben könnte. Er ist und bleibt davon überzeugt, dass er an Gehirnerweichung leide, obgleich ihm wiederum darin widersprochen wird. So endete dieser Besuch.

Dieser Fall weist, wie schon gesagt, in grosser Reinheit alle Symptome auf, welche schon früher von französischen und deutschen und englischen Autoren als Alkoholparalyse geschildert worden sind, und welche jetzt als Alkoholneuritis resp. als infektiöse Polyneuritis geschildert werden. Es ist schon im Eingange hervorgehoben worden, dass der Neuritis in diesem Krankheitsbilde nicht die dominierende Rolle gebührt, welche ihr gegenwärtig eingeräumt wird; ihr kommt, meiner Ansicht nach, keine grössere Bedeutung zu als den Darmgeschwüren im Abdominaltyphus, obgleich sie wie diese am meisten in die Augen fällt und der Untersuchung am zugänglichsten ist. — Aber auch diese Rolle muss die Neuritis, nach den neuesten Untersuchungen, mit einer Myositis teilen, die wahrscheinlich nicht sekundär, sondern gleichzeitig und gleichwertig hinzutritt. Ich gehe nun zur Schilderung des Krankheitsbildes über. —

Fast immer ohne vorhergehende Erscheinungen von Alkoholismus, wie das Delirium tremens, fällt an dem Individuum zuerst Abnahme seiner Geistesfähigkeiten, vornehmlich des Gedächtnisses, auf. Die Gedächtnisstörung wird so hochgradig, dass an eine Fortsetzung seines Berufs nicht gedacht werden kann. — Sonst bemerkt man vielleicht grössere Reizbarkeit und Heftigkeit und auch Episoden von Niedergeschlagenheit mit Beängstigungen. Ziemlich plötzlich gesellen sich sensible und motorische Störungen hinzu, Schmerzen in den Beinen, besonders den Waden, aber auch in den Schultern und oberen Extremitäten, wobei einzelne Punkte auch bei Druck schmerzhaft sind, im Cruralis, Peroneus, Radialis und Ulnarisgebiet. Perverse Sensationen begleiten diese Schmerzen. Bald sind auch die Muskeln

empfindlich gegen Druck und der Kranke klagt über allgemeine Schwäche und Abgeschlagenheit. Die Muskelkraft ist objektiv herabgesetzt, aber besonders auffallend ist die Parese der Extensoren, zuerst der unteren, dann auch der oberen Extremitäten; einzelne Finger hängen zuweilen schlaff herunter und können nicht gestreckt werden. Es kommt auch vor, dass die Lähmung die Abdominalmuskeln befällt und die Bauchpresse unmöglich macht. — Bei der Untersuchung stellt sich in diesem Stadium heraus, dass die Sensibilität herabgesetzt ist, und zwar am stärksten nach der Peripherie zu, nach oben, ohne scharfe Grenze, abnehmend; sie steigert sich stellenweise und zeitweise bis zu Anästhesie, ohne an bestimmte Nervenbahnen gebunden zu sein. Sticht man an solchen Stellen mit der Nadel, so bleibt die Schmerzempfindung zuerst aus; oft erst nach Sekunden tritt sie auf und schwillt dann allmälig übermässig an, verliert sich darauf, um zuweilen spontan nochmals aufzutreten (Verlangsamung und Rückempfindung). Gegen Kälte scheint der Pat. immer sehr empfindlich zu sein. Die Lokalisation und der Temperatursinn sind mangelhaft. Dieser Befund aber ist nicht constant bei demselben Individuum, sondern wechselnd zu verschiedenen Zeiten. In der motorischen Sphäre besteht eine schlaffe, atrophische und zugleich schmerzhafte Parese und zeitweilige Lähmung einzelner kleiner Muskeln an Händen und Füssen. Die Dorsalflexion der Hände und Füsse ist schwach, zeitweise Null, die Volarflexion ist besser, Spreizen und Adduzieren der Finger kann nur in geringer Excursion ausgeführt werden, oder es ist nur Adduktion möglich; ebenso ist es mit der Opposition des Daumens etc. Die elektrische Untersuchung ergiebt, sowohl bei faradischer wie galvanischer Reizung, und zwar übereinstimmend, direkt oder indirekt appliziert, für grosse Stromstärken mittelstarke, schwache, ja gar keine Reaktion, oder Entartungsreaktion. Besonders betroffen sind die Nn. tibialis posticus, peroneus, radialis und die Mm. recti femoris, Vasti interni und externi, tibiales, extensores digit. communes, peronei, gastro-

cnemii, interossei, Daumen und Kleinfingerballen, extensores carpi rad. long., extensores indicis und digit. ninimi und einige andere. Auch die Reaktion schwankt in verhältnismässig kurzen Zeiträumen. Die Sehnenreflexe sind schwach oder erloschen; bei Beklopfen der Muskeln treten zum Teil ausgiebige Zuckungen auf, oft gerade an den Extensoren. Die Muskeln fühlen sich teigig an. Die Lähmung ist im Ganzen eine aufsteigende und in schweren Fällen werden auch die Rumpf- und Atmungsmuskeln ergriffen, wodurch dann Anfälle von Atemnot hervorgerufen werden und in einzelnen Fällen der Tod. Die Kopfnerven und Gesichts-, Zungen- und die Schlundmuskeln werden wohl sehr selten oder nur ganz ausnahmsweise ergriffen. — Dieses Bild stellen die sensibeln und motorischen Störungen auf der Höhe dar, die mit Schwankungen Monate zu dauern pflegt. Dann findet eine allmälige Besserung statt. Hervorzuheben ist noch eine constante Beschleunigung des Pulses bis zu 100—120.

Wenn schon die Betrachtung der sensibeln und motorischen Störungen neben eng lokalisierten manche diffuse Schädigung aufweist, wie die fast über den ganzen Körper verbreitete herabgesetzte und verlangsamte Schmerzhaftigkeit und allgemeine Parese, so führt mit Notwendigkeit zur Annahme eines zentralen Leidens die Störung der psychischen Sphäre. Diese äussert sich bei genauer Beobachtung wahrscheinlich immer vor den anderen. Die Form der Geistesstörung ist eine höchst einfache, leicht zu erkennende und von andern zu unterscheidende. Man kann sie im Allgemeinen als einen primären Schwachsinn bezeichnen, aber sie unterscheidet sich doch wesentlich von jeder anderen Schwachsinnsform, auch von der einfachsten, der angeborenen. Eine Grundfunktion des Geistes leidet hier vor Allem Not, das Gedächtnis, und erst sekundär werden die übrigen in Mitleidenschaft gezogen. Wenn alle Daten aus dem Bewusstsein schwinden, so muss der Inhalt verkümmern, der nur auf Verwendung und Wiederholung seines alten Besitzes angewiesen bleibt. Mit diesem seinem alten

Bewusstseinsschatz aber operiert der Kranke, abgesehen von den schlimmsten Tagen der Aufregungen und Beängstigungen, wie jeder andere Mensch mit seinen Erfahrungen und Anschauungen. Freilich Erinnerungsfälschungen und phantastische Ausschmückungen wirklicher Erlebnisse können nicht ausbleiben, schon um die Lücken zu verdecken, die er auf Schritt und Tritt empfindet. Diese phantastischen Erzählungen betreffen fast immer gewöhnliche Vorkommnisse, die aber natürlich dem wirklichen Hergang nicht entsprechen. Der Kranke schmückt also z. B. seinen Eintritt in die Anstalt phantastisch und willkürlich aus, er spricht von Ausfahrten, Besuchen im Theater während der Zeit seines Krankenhausaufenthalts, oder er hat Geschäfte gemacht; wirkliche Sinneseindrücke im Krankenhause werden falsch verwertet nnd verknüpft, indem er von Gefängnis spricht, von Geschrei uud Tumult, von Besuchen Bekannter und ihren Gesprächen etc. Die Hauptsache ist, dass er alle Erlebnisse und erfundenen Geschichten auch wieder vergisst und sie darum gleich wieder anders erzählt. Darum verwertet er sie auch nicht zu Wahnideen und ändert seine persönliche Beziehung zur umgebenden Welt nicht. Das Fabulieren ist immerhin lebhafter zur Zeit grösserer Unruhe und Beängstigung, wo eben auch Illusionen mitunterlaufen. Hallucinationen habe ich nicht beobachtet; sie werden aber wohl von manchen Autoren berichtet. Es ist ja auch selbstverständlich, dass nicht nur reine Fälle vorkommen. Wenn ein Epileptiker z. B. oder sonst ein hereditär belastetes Individuum dem Alkoholismus verfällt, so muss ja notwendig auch das Bild der alkoholischen Paralyse komplizierter werden. —

Der weitere Verlauf dieser alkoholischen Neuritis oder Paralyse mit Demenz ist nun nicht anders als derjenige aller chronischen Krankheiten, d. h. unter Schwankungen bessern sich die sensibeln, motorischen und psychischen Erscheinungen. Die sensibeln und motorischen Störungen gleichen sich mit der Zeit ganz aus, wenngleich die Entartungsreaktion noch lange deutlich ist. Die psychische

Störung dagegen scheint bei der alkoholischen Neuritis doch nur relativ reparabel. In zwei Fällen dieser Neuritis mit Amnesie, nicht alkoholischen Ursprungs, habe ich wohl völlige Ausgleichung des psychischen Defekts beobachtet. — Die Prognose quoad valetudinem completam ist, meiner Ansicht nach, nicht gut zu stellen bei dieser alkoholischen Demenz. —

Die differentielle Diagnose zwischen dieser alkoholischen paralytischen Demenz und der allgemeinen progressiven Paralyse ist in einigermassen ausgesprochenen Fällen nicht schwer, da bei weitem mehr Differenzpunkte vorhanden sind als übereinstimmende Symptome. Bei der progressiven Paralyse pflegen am frühesten und deutlichsten die Kopfnerven ergriffen zu werden; das Erlöschen der Pupillenreaktion, das Beben, Vibrieren, die Inkoordination an Lippen, Zunge und anderen Gesichtsmuskeln sind es, die ganz zuerst auffallen; bei der Alkoholparalyse ist die Sprache gut artikuliert, die Pupillen reagieren. Diese Paralyse ist eine von unten beginnende, aufsteigende; sie ergreift zuerst die Extremitäten und zwar gleich hochgradig, und erreicht in der Folge wohl den N. vagus, die höher gelegenen Kopfnerven nur höchst ausnahmsweise. Die Sensibilitätssphäre ist viel stärker ergriffen bei den Alkoholparalytikern, die Muskeln und Nervenstämme sind gegen Druck schmerzhaft und die ersteren atrophieren deutlich. Muskelatrophie kommt in späteren Stadien der progressiven Paralyse auch zuweilen hinzu; aber sie beschränkt sich auf einige kleine Hand- oder Fussmuskeln. Die anfänglichen Kopfschmerzen und späteren paralytischen Anfälle fehlen bei den Alkoholikern. —

Die Psychose der progressiven Paralyse verläuft ja unter verschiedenartigen Bildern, aber gemein ist diesen Kranken doch die Unfähigkeit ihre wirklichen Verhältnisse zu verstehen, Geld und Zahlen zu schätzen, die Chancen eines Projekts zu übersehen; alles dieses liegt, ganz abgesehen vom eigentlichen Grössenwahn, dem Alkoholparalytiker fern; er urteilt über seine Lage und Verhältnisse wie

früher und macht keine Pläne, dagegen ist sein Gedächtnis viel schwächer noch als dasjenige des Paralytikers. Über seine Erlebnisse macht er aus diesem Grunde durchaus falsche, z. T. phantastische Angaben.

Über den pathologisch-anatomischen Befund an dem Centralnervensystem kann noch so gut wie nichts ausgesagt werden. Es liegen erst sehr wenig Sektionsergebnisse vor und so gut wie keine mikroskopischen Untersuchungen. Wenn ich die Befunde zusammenfasse, die durch Korsakow, Serbski, Suchanow, Giese und Pagenstecher erhoben worden sind, so findet man, auch bei jüngeren Individuen, Ödem der Piamaschenräume, leichte Trübung der Häute, das Gehirn anämisch und einzelne Hirnarterien atheromatös. Einzelne Veränderungen an den Ganglienkörpern des Rückenmarks, wie Vacuolenbildung und Pigmentablagerung, werden wohl mit Recht von den Autoren entweder als Kunstprodukt oder als auf anderen Ursachen beruhend angesehen, so z. B. die Pigmentablagerung an den Zellen und Gefässen des Rückenmarks bei einem Alkoholneuritiker, der zugleich Epileptiker war. Einen mässigen Schwund der Vorderhornzellen, diffuse oder disseminierte entzündliche Zustände hat Oppenheim[1] nachgewiesen. Dagegen sind die peripheren Nerven und die Muskeln mit positivem Erfolg untersucht worden. Makroskopisch erscheinen die Nerven, besonders der unteren Extremitäten, nicht weiss, sondern gelblich; mikroskopisch findet man die Markscheide in Fragmente zerfallen, Vermehrung der Kerne der Schwanschen Scheide; an gehärteten Präparaten sieht man hier und da die Markscheide und die Axenzylinder zerstört, das Perineurium verdickt. Rosenheim[2]) fand Mastzellen. Die Myositis[3]) ist von Senator, Giese und Pagenstecher[4]) untersucht worden. Es ergab sich Vermehrung der Muskelkerne, Hyperämie, verschmälerte Fasern

1) Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1894, p. 350.
2) Arch. f. Psych. Bd. XVII. und XVIII.
3) Zeitschr. f. klin. Med. XV.
4) l. c.

und Pigment nach Extravasaten. Giese und Pagenstecher fanden atrophe und in Discs zerfallene Fasern, Verlust der Querstreifung und verdickte kernreiche Zwischensubstanz. Diese Autoren weisen noch besonders darauf hin, dass diese Veränderungen der Muskeln nicht sekundär entstanden sein konnten; sie nehmen ausdrücklich eine gleichzeitige Erkrankung der Nerven und Muskeln an. —

Was die Therapie betrifft, so braucht nicht ausdrücklich hervorgehoben zu werden, dass die Hoffnung auf Besserung ausschliesslich auf Entziehung der Schädlichkeit beruht. Die Elektrotherapie hat hier keine deutlichen Erfolge aufzuweisen. —

Das ist dasjenige, was sich bei dem gegenwärtigen Stande der Erfahrungen sagen lässt. Die alkoholische Neuritis entspricht dem was man früher unter Alkoholparalyse verstand; die infektiöse Neuritis gleicht ihr, wie durch neuere Forschungen nachgewiesen, im klinischen Bilde vollkommen; die Alkoholneuritis hat aber eine lange Vorgeschichte und gleicht sich nicht völlig aus, die Individuen bleiben psychisch und wohl auch somatisch invalid; bei den postthyphösen, puerperalen, gastrisch-enteritischen Neuritiden scheint eine nachbleibende Dysmnesie und eine gewisse Parese oder Kraftlosigkeit nicht die Regel zu sein. Jedenfalls bedarf es da noch vieler weiterer Beobachtungen, aber die Zahl der letzteren ist wohl überhaupt klein gegenüber derjenigen der Alkoholparalytiker.

Über alle die pathologischen Zustände, in denen sonst noch eine ausgesprochene Amnesie beobachtet wird, wie das Senium, das Kopftrauma und das Nachstadium nach Erhängungsversuchen, kann hier nicht die Rede sein. —

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle a. S

Über die Anwendung

der

physikalischen Heilmethoden

bei

Nervenkrankheiten in der Praxis.

Von

Dr. Aug. Hoffmann
in Düsseldorf.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1898.

Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis.

Von

Dr. **Aug. Hoffmann**
in Düsseldorf.

Im Gegensatze zur Pharmakotherapie und Ernährungstherapie begreift man unter dem Namen „Physikalische Heilmethoden“ die Anwendung der Wärme und Kälte — vorzugsweise vermittelt durch das Wasser in seinen verschiedenen Aggregatzuständen, — der Elektrizität, und der mechanischen Heilmethoden zu Heilzwecken. Diesen gesellen sich zu: die Anwendung der Luft im comprimierten oder verdünnten Zustande, die der Heilbäder, des Klimas, sowie auch die Anwendung der Suggestion und Hypnose (Rossbach).

Gewiss erfreuen sich diese Heilmethoden, für manche Krankheitsformen wenigstens, der Anerkennung und Anwendung seitens der praktischen Ärzte, jedoch ist gerade bei der Behandlung von Nervenkrankheiten die Ausübung der physikalischen Heilmethoden weit davon entfernt Allgemeingut der Ärzte zu sein.

Es sind ganz bestimmte Gründe, welche dies verschulden.

Zunächst der Umstand, dass über den Wert und Unwert dieser Methoden als Heilfaktoren eine grosse Verschiedenheit der Anschauungen besteht, die alle Schattierungen von der absoluten Negation jeder Heilwirkung bis zum durch nichts zu erschütternden Enthusiasmus für dieselben umfasst. Die Litteratur der letzten Jahrzehnte ist

überreich an Arbeiten auf diesen Gebieten, deren Resultate nicht selten diametral sich entgegenstehen. Das Heilmittel ist in der Hand der einen eine Panacee, in der des anderen ein wertloses Bemühen ohne Erfolg. Und doch in den vielfachen und mühsamen Arbeiten ernster Forscher ist trotz allem Wiederspruch ein gutes Teil allgemein gültiger Grundsätze und physiologischer Thatsachen, die für die Anwendung der Methoden massgebend sind, festgelegt, die es erlauben, die Spreu von dem Weizen zu sichten, positive Errungenschaften anzuerkennen, übertriebene Ansprüche zurückzuweisen, und so eine wissenschaftliche Begründung der einzelnen Heilmethoden und ihrer Anwendung anzustreben. Nicht zum wenigsten ist die Lehre von der Suggestion denselben verhängnisvoll geworden. Möbius sprach zuerst für die Elektrizität es aus, dass ein grosser Teil ihrer günstigen Wirkungen nur auf suggestiven Einflüssen beruhe. Andere (Moll, Schultze, Strümpell) folgten, und auch für die übrigen Heilmethoden wurde es üblich den grössten Teil der von ihnen bei Nervenkrankheiten berichteten Erfolge der Suggestion zuzuschreiben. Die Hauptgründe dafür waren: die nicht mit Bestimmtheit vorauszusehende oft versagende Heilwirkung und die oft mit den verschiedenartigsten sich geradezu widersprechendenMethoden von verschiedenen Autoren berichteten Erfolge. Dazu kommt die Unmöglichkeit, den Hergang der Heilwirkung physiologisch klarzustellen.

So berechtigt viele dieser Einwendungen sind, so können sie ebensowenig, wie in der Pharmakotherapie genügen, den Glauben an alle durch die Empirie zuverlässiger Beobachter festgestellte Wirkungen zu erschüttern. So zum Beispiel wird niemand bei der Behandlung von Herzkrankheiten desshalb auf die Anwendung der Digitalis bei den Kompensationsstörungen verzichten, weil sie in manchen Fällen versagt, weil der eine sie nur in Pulverform, der andere nur im Infus verabreicht wissen will, weil schliesslich von einzelnen Autoren ganz ungewöhnlich hohe Dosen als besonders heilkräftig gepriesen werden, die andere als gefährlich betrachten.

Und über das Wie der Wirkung bewegen sich die Anschauungen ebenso, wie auf manchem Gebiete der physikalischen Heilmethoden noch gänzlich im Bereiche der Hypothese. Aber wenn auch viele Wirkungen auf Suggestion zurückzuführen sind, so wird, wenn überhaupt Wirkungen zu erwarten sind, der Praktiker nicht auf die Anwendung verzichten dürfen.

Ein zweiter Grund ist die mangelhafte Kenntnis und Übung in diesen Methoden seitens der praktischen Ärzte, denen einerseits die Gelegenheit fehlte, dieselbe zu erwerben, was bei der weiteren Ausstattung der Hochschulen mit geeigneten Lehrmitteln und Kräften immer weniger der Fall sein wird, von denen andererseits viele die gebotene Gelegenheit nicht benutzten.

Auch hat die meist schablonenhafte verständnislose Ausführung dieser Methoden seitens der Laien und Kurpfuscher manchem Arzt eine, durch den von diesen bei Kranken angerichteten Schaden erklärliche, Abneigung erzeugt. Und das zum Nachteil des Arztes und der Kranken, denen oft richtig und unter Berücksichtigung der massgebenden physiologischen Grundsätze angewandte physikalische Heilmethoden zum Vorteil gereichen würden. Jeder so vernachlässigte Fall, der nachher von einem Kurpfuscher bei zufällig zweckmässigen Anwendungen gebessert wird, gereicht dem ganzen ärztlichen Stande dann zum Vorwurf.

Zwar werden seitens der Spezialisten schon vielfach diese Methoden praktisch ausgeübt, aber leider hat eine allzu weitgehende Spezialisierung ebenfalls ihre Nachteile im Gefolge gehabt. Jede Methode wurde für sich zu einem Spezialfach erhoben, dem die anderen sich mehr oder weniger unterordnen sollten, wenn sie nicht ganz vernachlässigt wurden und so haben wir Spezialisten für Hydrotherapie, für Elektrotherapie, Massage, Gymnastik, Hypnose etc., sodass nun der Kranke gewissermassen zur eigenen Wahl der für ihn passenden Heilmethode veranlasst wird, und der Reihe nach die Kur beim Elektrotherapeuten, dem Masseur, dem Hydrotherapeuten etc. durchmacht, bis er schliesslich

entweder die Hoffnung auf Genesung aufgiebt oder sich dem Wunderdoktor anvertraut. Eine solche weitgehende Spezialisierung der Ärzte nach Heilmethoden ist zu verwerfen und trägt dem Kranken keinen Nutzen. Es ist genau so, als wollte man, wenn man 4 Pferde hat, um einen für 1 Pferd zu schweren Wagen von der Stelle zu bringen, die Pferde eins nach dem andern daran spannen, bis sie einzeln müde sind, anstatt sofort alle 4 zugleich anzuspannen.

Im Gegenteil, jeder Arzt, wenigstens derjenige, welcher nicht auf die Behandlung von Nervenkranken verzichten will, muss eine gründliche Kenntniss aller physikalischen Heilmethoden erwerben und in der Lage sein, von jeder derselben gegebenen Falles Gebrauch zu machen.

Bisher finden wir diese Anforderungen zumeist in den Nerven- resp. Wasserheilanstalten erfüllt, woselbst, wenigstens in den hervorragenderen, von den physikalischen Heilmethoden eine umfassende Anwendung gemacht wird.

Die Erfolge, — bei denen noch als bedeutsamer Faktor allerdings die Entfernung des Kranken aus seinem ihm oft schädlichem Berufe und den häuslichen Verhältnissen, sowie die klimatische Lage der Anstalt in Betracht zu ziehen ist, — sind nicht selten sehr zufriedenstellend und lassen zu wünschen, dass dem Kranken ein wiederholter und längerer Aufenthalt in derselben zu teil werde, oder auch, dass derselbe nach Möglichkeit zu Hause ähnliche Kurverfahren durchführen könne, die bei seinem Krankheitszustand angezeigt sind, ein Wunsch, dem nur in seltenen Fällen entsprochen wird. Es würde bei allgemeinerer Verbreitung der Ausübung der physikalischen Heilmethoden, dies keine erheblichen Schwierigkeiten machen, ebensowenig wie die nutzbringende Anwendung eines den häuslichen und Berufsverhältnissen angepassten Heilverfahrens bei solchen Kranken, denen es aus irgend einem Grunde nicht möglich ist überhaupt, oder doch genügend lange Zeit, eine Heilanstalt zu besuchen. Auch giebt es von vornherein eine ganze Anzahl Fälle, bei denen nach Art der Krankheit eine Heilung innerhalb der häuslichen Verhältnisse angestrebt

werden muss, da nach Rückkehr aus günstigeren in die gewohnten Verhältnisse ein Rückschlag eintrat oder bei der eigentümlichen Lage derselben wahrscheinlich eintreten muss. So namentlich bei manchen „funktionellen Neurosen“ und leichteren Psychosen.

Wenn hier eine Besprechung der physikalischen Heilmethoden nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft beabsichtigt ist, so müssen unter allen Umständen gewisse Beschränkungen eingehalten werden.

Zunächst kann von den einzelnen Methoden nur kurz das wichtigste hervorgehoben werden, vor allem unter Beiseitelassung alles hypothetischen und wissenschaftlich nicht begründeten. Da nur über die Behandlung von Nervenkrankheiten abgehandelt werden soll, so versage ich mir jedes Eingehen auf die Anwendung der Methoden auf anderen Gebieten der Medizin, obwohl manche gerade auch ausserhalb unseres Spezialgebietes vornehmlich ihre Heilanzeigen haben.

Ferner sollen nur solche Methoden besprochen werden, die in der allgemeinen Praxis ausführbar sind.

Auf andere (arzneiliche, diätetische) Heilmethoden, die bei der Behandlung von Nervenkrankheiten nie ausser Acht zu lassen sind, und die sich in ihrer Anwendung mit den physikalischen Heilmethoden wohl vertragen, soll, da dies ausserhalb des gestekten Zieles liegt, ebenfalls hier nicht eingegangen werden.

So bleiben aus den genannten Gründen Luft- und Klimatotherapie unberücksichtigt und es sollen auf ihre Verwendbarkeit in der Praxis untersucht werden:

1. Die Hydrotherapie.
2. Die Elektrotherapie.
3. Die mechanischen Heilmethoden, von denen einigen neueren, da dieselben in den Lehrbüchern noch nicht eingehender behandelt sind, ein etwas breiterer Raum gewährt wird.
4. Suggestion und Hypnose.

Die Hydrotherapie.

Die Hydrotherapie ist als Heilmittel uralt, wenngleich ihre Erhebung zu einer Wissenschaft erst in diesem Jahrhundert erfolgte. Schon von den Griechen lesen wir bei Herodod, dass sie sich des kalten Wassers als Tonicum bedienten und, wie bei Winternitz näher ausgeführt ist, fehlt fast in keinem Jahrhundert der christlichen Zeitrechnung eine entsprechende Anzahl von ärztlichen Autoren, welche dem Wasser eine Stellung als Heilfaktor einräumen. Aber erst unserem Jahrhundert war der Versuch vorbehalten, die bisher rein empirisch angewandten Wasserprozeduren auf ihre physiologische Wirkung hin zu prüfen und auf physiologischer Grundlage ein System aufzubauen. Es würde zu weit führen, hier alle Namen der einzelnen Autoren zu nennen, ich erwähne nur die höchstverdienstvollen Arbeiten von Winternitz, Runge, Maggiora, Vinaj u. a., deren Resultate entschieden dem Wasserheilverfahren eine physiologische Basis erwarben. Die Hydrotherapie ist trotzdem ein Stiefkind unter den an den Nachschulen gelehrten und von praktischen Ärzten bei Nervenkranken angewandten Heilverfahren geblieben und kommt bei diesen Erkrankungen fast ausschliesslich in Heilanstalten zur Anwendung. Bei fieberhaften Kranhheiten ist sie längst Gemeingut der Ärzte, doch verdient sie auch bei Nervenkrankheiten in der ärztlichen Praxis eine höhere Bedeutung, zumal ihre Anwendungsformen so vielgestaltig sind und je nach Art derselben so verschiedenartige Wirkungen hervorbringen, dass es leicht ist, in der Praxis für den einzelnen Fall etwas Geeignetes auszuwählen. Nur muss dies unter Beachtung der physiologischen Grundsätze geschehen, deren wichtigste kurz Erwähnung finden mögen.

Bei jeder Anwendung des Wassers setzen wir damit dem Nervensystem einen Reiz, der in seiner Grösse von verschiedenen Umständen abhängig ist.

Die Wichtigsten derselben sind:

1. Die Temperatur. Die Reizwirkung der Temperatur ist um so höher, je weiter dieselbe sich von der Hauttemperatur, also von 30—32° C. entfernt. Je grösser die hervorgerufene Wärme- und Kälteempfindung ist, um so grösser auch der dem Nervensystem gesetzte Reiz.

2. Die Stelle und Grösse der Hautfläche, welche von dem hydrotherapeutischen Reiz getroffen wird. Der Nervenreiz nimmt mit der Grösse der getroffenen Hautpartie zu und umgekehrt ab, weshalb man bei energischen Applikationen im Stande ist, durch Beschränkung des Hautgebietes den allgemeinen Shok zu verringern oder durch Vergrösserung des Hautgebietes ihn zu vermehren.

3. Die Plötzlichkeit, mit welcher eine Temperatur-Differenz appliziert wird, erhöht den Nervenreiz. Wollen wir stärkere Reize vermeiden, so bedarf es der langsamen Einführung der Temperatur-Differenz, gewissermassen des Einschleichens von höheren und niedrigeren Temperaturen (Valentin, Heizmann).

4. Die Dauer der Anwendung hat ebenfalls einen grossen Einfluss. Je stärker reizend die Prozedur, um so kürzer darf sie im allgemeinen dauern.

5. Können wir durch mit der Prozedur verbundenen mechanischen Einwirkungen, sei es Reibung, seien es wie bei den Douchen und Fallbädern direkte mechanische Wirkungen des Wassers durch seinen Druck und seine Schwerkraft auf den Nervenreiz steigernd einwirken.

Aber alle diese Werte gelten nicht absolut. Der wichtigste Gesichtspunkt ist die Individualität des Kranken. Das eine Nervensystem verträgt grosse, das andere nur geringere Reize, bei dem einen genügen schon milde, bei dem anderen energische Anwendungen, um dieselben Wirkungen zu erzielen. Aus diesem allen geht hervor, dass man mit wenigen Badeformen, je nach Art ihrer Anwendung, fast sämmtliche erreichbaren Wirkungen erzielen kann.

Die Reizwirkungen können die Erregbarkeit des Nervensystems steigern und verringern. Die Erhöhung

oder Verringerung der Reizbarkeit erfolgt höchst wahrscheinlich durch Vermittelung der sensibelen Nerven und Nervenendungen in der Haut. Warme und kalte Reize haben, entsprechend den getrennten Empfindungsqualitäten, verschiedene Wirkungen. Die Muskelkraft ferner wird unter dem Einfluss warmer Anwendungen herabgesetzt, unter dem der kalten gesteigert (Storoscheff, Vinaj und Maggiora).

Ausser der direkten Wirkung auf das Nerven- und Muskelsystem sind insbesondere bei den Anwendungen die Wirkungen der hydrotherapeutischen Eingriffe auf Blutgefässe, Blutdruck, Pulsfrequenz, Blutverteilung, Blutbeschaffenheit, Körpertemperatur und Stoffwechsel von besonderer Wichtigkeit. Im allgemeinen wirken mässig kalte Reize, wenn sie kurz dauern, zuerst verengernd auf die Hautgefässe. Dieser Verengerung folgt meistens eine Erweiterung derselben, die sogenannte Reaktion (aktive Hyperämie ohne Beeinträchtigung des Gefässtonus). Die warmen Badeprozeduren dagegen wirken fast sofort gefässerweiternd (passive Hyperämie). Alle kurzen kühlen Anwendungen mit mässiger mechanischer Reibung steigern gewöhnlich den Blutdruck, während lang andauernde warme Badeprozeduren den Blutdruck herabsetzen. Erstere wirken verlangsamend auf die Pulsfrequenz, letztere steigernd. Hieraus ergiebt sich schon die Folge der hydrotherapatischen Anwendung auf die Blutverteilung, wir können die Blutmengen bestimmter Organe dadurch vermehren, dass wir die Blutgefässe direkt zur Erweiterung bringen, oder indem wir die Blutgefässe anderer Organe zur Verengerung bringen und somit einen vermehrten Blutzufluss zu dem in die Wasserprozedur nicht mit angezogenen Körperteil hervorrufen. Ebenso können wir umgekehrt durch Verengerung der Gefässe eines Organs oder Erweiterung der Blutgefässe anderer Organe den Blutgehalt in ersterem vermindern. Sehr stark hautreizend wirkende Anwendungsformen können reflektorisch die Herzthätigkeit herabsetzen, die Gefässe erweitern und den Blutumlauf verlangsamen, während schwache Hautreize

umgekehrt tonisierend wirken. Die Einflüsse auf Körpertemperatur, Sekretionsorgane und Atmung sind bei der Behandlung von Nervenkrankheiten von geringer Bedeutung, dürfen aber nicht ausser Acht gelassen werden. Die Beeinflussung des Stoffwechsels dagegen ist von grosser Bedeutung. Bei unveränderter Körpertemperatur wirken kalte Reize beschleunigend, warme herabsetzend auf den Stoffwechsel, während umgekehrt bekanntlich jede Verringerung der Körpertemperatur den Stoffwechsel verlangsamt, die Erhöhung derselben (wie im Fieber) denselben beschleunigt.

Erwähnt werden müssen hier noch die nach den Untersuchungen von Winternitz und Thayer bei und nach hydrotherapeutischen Einwirkungen, namentlich, wenn sie die ganze Körperoberfläche betreffen, beobachteten Veränderungen des Blutes. Nach den ganzen Körper umfassenden Anwendungen tritt eine Vermehrung sowohl der Leukocythen wie namentlich der roten Blutkörperchen auf, ähnlich wie sie von verschiedenen Untersuchern beim Aufenthalt im Gebirge konstatiert wurde (Egger, Viault, Koeppe).

Bei Teilanwendungen wurde in dem vom Reiz getroffenen Körperteil eine Vermehrung, in den entfernt liegenden Teilen eine Verminderung der Blutkörperchen gefunden.

Diese physiologischen Wirkungen der Wasseranwendung lassen bei Krankheiten des Nervensystems eine mannigfache Anwendung zu, man kann erregend und beruhigend wirken. Ist die Erregbarkeit des Nervensystems durch krankhafte Erscheinungen herabgesetzt, so kann man durch kalte Reize (z. B. Beklatschen des Gesichts mit kaltem Wasser bei Ohnmacht) dieselbe erhöhen, ebenso durch Kontrastwirkungen, indem wir den vorher gut erwärmten Körper einer kurzen kalten Anwendung unterziehen. Alle kurzen kühlen Prozeduren bei vorher erwärmtem Körper wirken kräftigend, steigern die Muskelkraft, verscheuchen das Ermüdigungsgefühl und erhöhen die geistige Leistungsfähigkeit, ausgeschlossen bei schweren Erschöpfungszuständen.

Die Herabsetzung der Erregbarkeit geschieht durch warme Anwendungen: Bäder und Einpackungen (ableitende Methode). Dieselben wirken vorzugsweise durch Vermittelung des Gefässsystems, indem sie durch ihre Wirkung auf die Gefässnerven der Haut in dieser eine Hyperämie erzeugen und dadurch den Blutgehalt der Centralorgane vermindern und so die Erregbarkeit herabsetzen. Doch darf dann die Anwendung keine intensiven Reize mit sich bringen d. h. die Temperatur derselben muss der der Haut nahe liegen 31—35° C. (25—28° R.).

Was die Ausübung der hydrotherapeutischen Methoden anbetrifft, so ist zunächst die Frage zu beantworten: wer soll dieselbe anwenden?

Der erste Grundsatz jeder Anwendung von differenten Bädern ist der, dass dieselben vom Arzte angeordnet und genau überwacht werden. Einen der Hauptfaktoren bei der Erzielung von günstigen Wirkungen, die Individualität des Kranken, kann nur der Arzt selber beurteilen, und will man der Gefahr entgehen durch etwaige nachteilige Folgen, welche aus der verschiedenen Reizbarkeit verschiedener Menschen sich erklären, überrascht zu werden, so bedarf es bei den ersten Anwendungen gewiss der Anwesentheit des Arztes, bei oder kurz nach der Prozedur. Im Übrigen können die Manipulationen hinreichend geschulten und informierten Hülfspersonen überlassen bleiben, zumal, nachdem der Arzt sich persönlich von der Richtigkeit der Ausführung der Anwendung überzeugt hat.

Als Badeformen zählt Winternitz folgende auf:

1. Badeformen, bei denen das Wasser mit der Körperoberfläche ohne ein anderes vermittelndes Medium in Berührung gebracht wird und rechnet dazu das Bad in Wanne oder Bassin, Fallbäder, Übergiessungen, Sturzbäder und Douchen.

2. Solche, bei denen das Wasser mit dem Körper durch Vermittelung eines anderen Mediums in Berührung tritt und zwar meistens durch ein Leinentuch, Schwamm oder Frottierhandschuh. Zu diesen rechnet er

die Waschungen, Abreibungen, Mantelabreibungen, Abklatschungen, feuchte Einpackungen.

Diesen allgemeinen Anwendungsformen stehen die örtlichen Anwendungsformen gegenüber, als welche die Teilbäder, Umschlagformen und Kühlapparate bezeichnet werden. Solcher Teilbäder sind gebräuchlich: Hinterhauptbäder, Ellenbogen-, Hand-, Sitz- und Fussbäder, von den Umschlagformen Kopf-, Hals-, Brust-, Kreuz-Binde, Stirnumschlag, Leibbinde, Hämorrhoidalbinde, Armbad. Von Kühlapperaten, die Kühlkappe, die Kravatte mit durchfliessendem Wasser, das Kühlkissen, der Kühlschlauch, der Chapman'sche Beutel, der Psychrophor, der Rektumkühler, die Kühlblase, die Darmsonde und die verschienenen Vaginalkühler. Die Anwendungsformen bei innerlichem Wassergebrauch, sowie zur Schweisserregung, können hier übergangen werden, da sie bei Nervenkrankheiten nicht besonders in Betracht kommen.

Für die ärztliche Praxis im Hause der Patienten eignen sich eine grosse Anzahl dieser Anwendungen und wenn man bedenkt, wie vielfache Mittel zur Verfügung stehen, um ein und derselben Badeform die verschiedenartigsten Wirkungen zu sichern, so wird man sein hydrotherapeutisches Rüstzeug, um nicht durch die Fülle von Variationen, welche den Heilanstalten vorbehalten bleiben sollen, verwirrt zu werden, möglichst einfach wählen. Die französischen Ärzte z. B. bedienen sich auch in den Anstalten fast nur der Applikation von Douchen und Dampfbädern, mit denen sie alle durch das Wasser zu erzielenden Wirkungen erstreben und erzeugen.

Als am meisten geeignet bei der Behandlung von Nervenkrankheiten und mit den einfachsten Mitteln herzustellen, erscheint mir das warme Vollbad und das Halbbad, die Abwaschungen und Abklatschungen nebst den Abreibungen, die feuchten Einpackungen sowie die Teilbäder, vor allem das Sitz- und Fussbad. Auch die Umschläge und Kühlapparate werden unter Umständen in der allgemeinen Praxis in Gebrauch gezogen.

Zur Vorwärmung kann man sich noch des Kastendampfbades bedienen, welches eventuell auch im Privathause mit sehr einfachen Mitteln (Apparate von Moosdorf und Hochhäuser) billig herzustellen ist.

Zu vermeiden sind in der allgemeinen Praxis für gewöhnlich die Douchen, falls nicht der Arzt selbst die Überwachung derselben übernimmt. Insbesondere muss vor der Anwendung der beliebten Kopfregendouchenapparate gewarnt werden. In der Hand des Laien und als tägliches Erfrischnngsmittel gebraucht, setzen dieselben durch den mit ihrer Anwendung verbundenen Reiz nicht selten Schädlichkeiten für den, der sich ihrer wahllos bedient, ab.

Von den für die Praxis empfohlenen Badeformen, sind das Halbbad und das warme Vollbad, in jeder Badewanne herzustellen. Das warme Vollbad, wie es zu Beruhigungszwecken bei reizbaren Kranken angewandt wird, wird in einer Temperatur von 31—36° C. und mit einer Dauer von 6—25 Minuten angewandt. Die Wirkung ist ebenso gut durch eine feuchte Einpackung, wovon später die Rede sein soll, zu erreichen. Ihm folgt eine kalte Abklatschung.

Beim Halbbad wird die Wanne bis zu 1/3 gefüllt, sodass der Patient nur mit der unteren Hälfte des Körpers in das Wasser eintaucht. Während des Bades wird das Wasser in beständiger Bewegung gehalten und zwar von einem Gehülfen, der zugleich den Oberkörper mit dem Wasser bespült. Am Schluss des Halbbades ist eine Übergiessung des Oberkörpers, vornehmlich des Rückens, mit 1—2 Eimern etwa 2—6° niedriger temperiertem Wasser gebräuchlich.

Die Temperatur des Halbbades und die Dauer desselben lässt sich je nach dem Zweck, den man damit verbindet, in weiten Grenzen verändern von 16—28° C. und von 1—8 Minuten Dauer. Je nach der mechanischen Behandlung der Haut, sei es mit der Hand, dem Frottierhandschuh oder der Frottierbürste richtet sich ebenfalls die Dauer. Mit dem Halbbad kann man fast alle Wirkungen des Wasserheilfahrens erreichen. Je höher die Temperatur, je kürzer die Dauer, ebenso gelinder der Reiz auf das Nervensystem,

und umgekehrt um so stärker. Man kann ihn so von Tag zu Tag steigern und damit Abhärtung und Kräftigung erzielen.

Das Sitzbad wird in einer gewöhnlichen Sitzbadewanne genommen. Man verwendet bei Nervenkranken vorzugsweise die kurzen, kalten Sitzbäder von 10—20° C. und 2—15 Minuten Dauer oder das prolongierte kalte Sitzbad von 10—20° C. und 15—50 Minuten Dauer. Ersteres wirkt erregend, letzteres beruhigend auf die Nerven des Unterleibes. Prolongierte warme (32—38° C.) Sitzbäder wirken schmerz- und krampfstillend auf die Organe des Unterleibes, zugleich ableitend für die Blutmengen anderer Organe.

Das kalte Fussbad wird am besten mit fliessendem Wasser gegeben. Eine dazu geeignete Fussbadewanne lässt sich leicht in einer Badewanne anbringen, man führt durch einen Gummischlauch das Wasser am Boden des Gefässes ein und lässt es in der geeigneten Höhe durch eine seitliche Öffnung abfliessen, es läuft dann durch das Ableitungsrohr der Badewanne weiter ab. So kann man aus jedem Holzbecken mit Leichtigkeit ein geeignetes Werkzeug für fliessende Fussbäder herstellen. Die Füsse sollen im Wasser kräftig bewegt resp. frottiert werden, die Dauer des kalten Fussbades beträgt $^1/_2$, 2 und 3 Minuten. Die Temperatur beträgt 8—12° C. Nach der ersten Verengerung der Blutgefässe tritt rasch eine Erweiterung derselben ein. Die Hauptwirkung soll aber in einer Beeinflussung der Zirkulation im Kopfinnern beruhen. Nach einer kurzen Rückstauungskongestion (Winternitz) zum Gehirn erfolgt rasch eine Gefässkontraktion daselbst. Die warmen Fussbäder von 32—40° C. ebenso die Handbäder wirken rasch ableitend auf die inneren namentlich nervösen Zentralorgane. Sie vermindern durch Erweiterung der Blutgefässe der Peripherie die Blutmengen in den Zentralgefässen. Darauf beruht ihre Anwendung bei Krämpfen.

Die Abwaschung, Abklatschung und Abreibung stellt eine auch in den einfachsten Verhältnissen leicht durchzuführende Anwendung von vielfacher und veränder-

[illegible] Wirkung hat. Während die Abwaschung mehr der allgemeinen Abhärtung dient, sind Abklatschungen und Abreibungen als nervenerregende und erfrischende Prozeduren in Gebrauch. Die Abwaschung kann mit einem eingetauchten Leinentuch oder Schwamm geschehen. Beliebt als Abhärtungsmittel ist das sogenannte englische Schwammbad, bei welchem der Kranke, nachdem er sich Gesicht und Hände mit kaltem Wasser gewaschen hat, in einer Wanne den ganzen Körper vermittelst eines ausgedrückten Schwammes mit temperierten oder ganz kaltem Wasser berieseln lässt. Die Abreibung und Abklatschung geschieht vermittelst eines Leinentuches von etwa 2 m Länge und $1^1/_2$—2 m Breite. Der Kranke entkleidet sich und wird vom Rücken her mit dem in temperiertes Wasser getauchten und wieder leicht ausgerungenen Tuch umkleidet, sodass der Kopf freibleibt, der übrige Körper von der Schulter bis zu den Füssen ganz in das nasse Tuch eingehüllt ist. Bei der Abklatschung ist das Tuch triefend nass, bei der Abreibung mehr feucht. Im ersten Fall wird das Tuch mit den Händen seitens der Hülfsperson einfach an den Körper angeklatscht, bei der Abreibung erfolgt zugleich ein kräftiges Frottieren der Haut, wobei der Patient Arme und Brust, die Hülfsperson Rücken und Beine kräftig reibt, die Dauer der Prozedur ist 1—2 Minuten, ihr folgt eine kräftige Frottierung des ganzen Körpers mit einem trockenen Badetuch von gleicher Grösse. Zur Abreibung verwendet man Wasser von 25 bis 15° C. Angewandt wird dieselbe vorzugsweise morgens beim Aufstehen. Nachher ist eine tüchtige Erwärmung des Körpers, sei es wie bei schwächlichen, blutarmen Patienten durch Rückkehr in das warme Bett oder bei kräftigen Leuten durch etwa $^1/_2$ stündigen Spaziergang herbeizuführen.

Die Einpackungen resp. Wickelungen können feucht oder trocken genommen werden, wir haben hier vorzugsweise die feuchten Einwickelungen im Auge. Dieselben können den ganzen Körper einschliesslich der Arme bis zum Halse umfassen, sowie einzelne Teile desselben. Man macht dieses

am besten so, dass man auf ein Ruhebett zunächst eine wollene Decke, die eine dem Zwecke entsprechende Form und Grösse hat, und darüber das in kaltes Wasser getauchte Leinentuch legt. Der Kranke legt sich dann mit dem zu wickelnden Teil darauf und nun wird zunächst das Leinentuch, dann die wollene Decke ziemlich fest um den Körper geschlagen. Warmes Wasser zu nehmen ist unzweckmässig, da die beabsichtigte Gefässerweiterung und Erwärmung, welche man als Reaktion bezeichnet, dann ausbleiben kann. Es tritt in der Wickelung anfangs eine Verengerung der Blutgefässe der Haut auf, nach kurzer Dauer erweitern sich durch Reizung der die Gefässe erweiternden Nerven die Hautgefässe, um nun bis zum Ende der Anwendung erweitert zu bleiben. Es entsteht dadurch eine reichliche Blutzufuhr zur Haut, welche die Blutmenge in den inneren Organen, speziell dem Gehirn vermindert und damit eine bedeutende Erniedrigung der Nervenerregbarkeit im Gefolge hat, was sich häufig durch den Eintritt von Schlaf dokumentiert. Eine Einwickelung darf nur, wie alle kühlen Anwendungen, bei warmer resp. vorgewärmter Haut genommen werden. Zum Schluss der Wickelung wendet man stets eine kurze kalte Abklatschung oder ein kaltes Vollbad von wenigen Sekunden an, um die Erweiterung der Hautgefässe zu regulieren und die weitere erhöhte Wärmeabgabe zu verringern. Die Dauer der Wickelung beträgt für gewöhnlich 1 Stunde. Die Wirkung der den ganzen Körper umfassenden Wickelung, bei der man zweckmässig die Arme und den oberen Teil der Brust frei lässt, damit der Patient bei der Respiration und in dem Gebrauch der oberen Extremitäten nicht so sehr beschränkt ist, was für ihn angenehmer ist, ist der des warmen Vollbades analog. Da stets eine gewisse Menge Wärme durch die Decken hindurch abgegeben wird, so bleibt die Temperatur in der Wickelung annähernd stets dieselbe, die sensibelen Reize sinken durch die Fernhaltung aller Temperaturdifferenzen von der Haut auf ein Minimum (F. A. Hoffmann) und somit wirkt die Einwickelung auch durch direkte Beeinflussung der Hautnerven beruhigend.

Die Teilwickelungen haben eine bei weitem nicht so intensive Wirkung auf das Nervensystem und sind dieselben bei Nervenkrankheiten weniger im Gebrauch, höchstens als sogenannte Priessnitz'sche Umschläge.

Noch bedarf es der Erwähnung der gebräuchlichsten Kühlapparate. Es sind diese der einfache und der Chapmann'sche Eisbeutel, letzterer aus einem 40—50 cm langen und 15 cm breiten Gummischlauch bestehend, welcher, wie der gewöhnliche Eisbeutel dem Kopfe, so der Wirbelsäule angelegt wird. Beide Applikationsweisen haben vorzugsweise bei akuteren Erkrankungen ihren Platz, sie wirken teils durch direkte in die Tiefe reichende Abkühlungen der Organe, welchen sie angelagert sind, teils durch die bei ihrem längeren Verweilen hervorgerufene durch Lähmung der Gefässnerven erfolgende atonische Gefässerweiterung. Ausser diesen hat man noch Apparate, welche aus dünnen Metallröhren bestehen, die von je nach dem damit verbundenen Zweck temperierten Wasser durchflossen werden, in Gebrauch, es sind dies z. B. die sog. Leiter'schen Kühlschlangen, welche nach dem Orte ihrer Applikation z. B. Kopf, Rücken, Hals geformt sind. Ferner gewisse Kühlapparate, wie das Winternitz'sche Psychrophor, ein bougieartiges, aus einem doppelläufigen Katheter ohne Fenster bestehendes Metallinstrument, in welchem ein Strom temperierten Wassers, nachdem der Apparat in die Harnröhre eingeführt ist, zirkuliert und so die Temperatur der umgebenden Teile beeinflusst. Ebenso dienen die Atzperger-schen Kühlbirnen und die Winternitz'sche Kühlblase für den Mastdarm.

Dampfbäder, sowie die von Baelz des öfteren beschriebenen Anwendungen von Heisswasserbädern sind bei der Behandlung von Nervenkrankheiten nur selten oder nie indiziert und können deshalb hier übergangen werden.

Mit den beschriebenen Anwendungen gelingt es in der Regel, bei den Behandlungen von Nervenkrankheiten in der Praxis auszukommen. Die Behandlung in Form eines Rezeptes gewissermassen für jede einzelne Krankheitsart zusammen-

zustellen, ist ein Unding, hier muss der Individualität des Kranken nach Möglichkeit Gerechtigkeit widerfahren. Was die Beschaffenheit des Wassers anbetrifft, so soll dasselbe rein und möglichst weich sein, die Jahreszeit für Anwendung von Wasserkuren ist im allgemeinen gleichgültig, jedoch hat man die Wahl, ist der Sommer die günstigste. Das wichtigste Erfordernis ist, dass vor Anwendung einer jeden kühlen Prozedur und nach derselben die Haut warm ist. Letzteres, die Reaktion, ist stets anzustreben. Die Länge der Anwendung der einzelnen Form, d. h. die Dauer der Kur ist bei den Abreibungen, Abklatschungen und Waschungen eine unbegrenzte. Wendet man angreifendere Prozeduren an, wie das Halbbad, die Wickelung, das Sitzbad, so wird man gut thun, nach 4—6 Wochen eine Pause eintreten zu lassen, da ein Übermass, namentlich von reizenderen Anwendungen, ebenso Schädlichkeiten für das Nervensystem zur Folge haben kann, wie das Übermass von sonstigen Nervenreizen, wie sie arzneilich und diätetisch (z. B. Alkohol) gesetzt werden. Was das Lebensalter des Patienten anbetrifft, so wird man bei Kindern unter 5 Jahren wie bei Greisen, von stark angreifenden Formen absehen. Für die milderen Anwendungen giebt es keine Altersgrenzen. Man wird bei Einstellung von Wasserkuren stets die Konstitution des Kranken zu beachten haben, erregbare, schwächliche Personen von blasser Hautfarbe werden mit wärmeren oder nur ganz kurzen kalten Einwirkungen behandelt, kräftige, vollblütige Naturen vertragen stärkere Reize. Vor allen Dingen ist der Zustand des Herzens zu beachten, Herzfehler und Herzschwäche mahnen zur grössten Vorsicht. Atheromatose der Gefässe contraindiziert alle mit starken Blutwallungen verbundenen Anwendungen. Mit vollem Magen soll wegen der während der Verdauung eintretenden Überfüllung der Unterleibsgefässe nicht gebadet werden, die Menstruation verbietet in der Regel hydrotherapeutische Eingriffe. Ein Frösteln bei kühler Haut bedingt eine Vorbereitung derselben durch Erwärmen, welches durch Wärmestauung, wie sie durch trockene Ein-

wickelung oder Einpackung hervorgerufen wird, oder durch künstliche Erwärmung in warmer Luft, warmem Wasser oder Dampf erfolgen kann.

Als eigentlich mehr der Balneotherapie als der Hydrotherapie zuzurechnende Anwendungen möge hier der künstlichen Sool- und Kohlensäurebäder Erwähnung gethan werden. Die kochsalzhaltigen und unter diesen besonders die kohlensäurehaltigen Thermalquellen erfreuen sich neben den einfachen Thermalquellen, den Wildbädern, bei der Behandlung von Nervenerkrankungen mit Recht eines grossen Rufes. Nauheim, Oeynhausen, Wildbad etc. werden stets in der Therapie der chronischen Nervenkrankheiten ihre durch vielfache günstige Erfahrungen erworbene Stellung behaupten. Der praktische Arzt kann bei Belassung des Kranken in den häuslichen Verhältnissen demselben die Wohlthaten solcher Kuren, wenn auch nicht im vollen Umfange, doch zu teil werden lassen. Mögen auch bei den angeführten und ähnlichen Badeorten mannigfache Momente mitwirken, um von vornherein die Kurbedingungen günstiger zu gestalten, als es durch noch so vervollkommnete Nachahmung der dort üblichen Bäder durch künstliche Mittel möglich ist, — ich denke dabei an die günstigen klimatischen Verhältnisse, an die durch langjährige Übung und Erfahrungen erhöhte Sicherheit und geschärfte Methodik der Ärzte und auch des Badepersonals sowie an die Mitwirkung von Faktoren, deren Bedeutung wir heute noch nicht voll zu ermessen vermögen, wie die des im Wasser enthaltenen Argons etc., — so ist doch, wie man bei der Anwendung solcher künstlichen Bäder konstatieren kann, ein grosser Teil der günstigen Einwirkungen der natürlichen Mineralbäder auch durch Anwendung künstlicher Bäder in der Behausung des Patienten zu erzielen.

Die Methodik der Anwendung ist bei künstlichen Soolbädern sehr einfach, indem dem gewöhnlichen Badewasser irgend ein Badesalz, sei es das Stassfurter, das Oeynhauser, Königsborner oder ein anderes zugesetzt wird beziehungsweise die der gewünschten Quantität entsprechende

Menge Soole. Oder es wird einfach Kochsalz, Viehsalz oder Seesalz verwendet.

Die kohlensäurehaltigen Bäder können, falls in den öffentlichen Badeanstalten Einrichtungen zur Einleitung von reiner Kohlensäure in die Badewanne vorhanden sind, in diesen genommen werden. Die Abgabe solcher differenter Bäder sollte aber, und zwar nur, auf ärztliche Verordnung geschehen und nicht dem Belieben des Publikums unterliegen.

Sind derartige Einrichtungen nicht am Orte vorhanden, so kommt eines der vielfachen Verfahren, welche darauf beruhen, im Badewasser selbst durch Zersetzung kohlensäurehaltiger Mineralien die benöthigte freie Kohlensäure zu entwickeln, in Frage. Mir haben sich in langjähriger Anwendung die von Dr. Sandow in Hamburg in den Handel gebrachten Ingredienzien für kohlensaure Bäder bewährt, nur ist bei der Verwendung derselben dafür Sorge zu tragen, dass die „Säuretafeln" die Metallwannen nicht beschädigen, was am besten durch Unterlegen derselben mit Bleiplatten geschieht. Auch die Quaglio'schen und ähnliche Vorrichtungen sind zweckmässig.

Die Menge des Salzes, welche man dem Bad zusetzen soll, schwankt zwischen 1 und 3 Proz., es würde dies auf ein Vollbad des Erwachsenen (zirka 300 Liter) 3—9 kg sein. Die Dauer des Bades muss dem Allgemeinbefinden des Kranken angepasst werden. Für Soolbäder beträgt dieselbe 15—30 Minuten, für Kohlensäurebäder 10—20 Minuten. Die Temperatur wählt man bei Soolbädern von 32—35° C. Bei Kohlensäurebädern mit oder ohne Salzzusatz kann man niedrigere Temperaturen anwenden (25—33° C.). Man steigt bei diesen Badeformen gern mit der Dauer und geht mit der Temperatur zurück.

Die Wirkung der salz- und kohlensäurehaltigen Bäder ist eine mild erregende, im allgemeinen bei gleicher Temperatur energischere, als die der Süsswasserbäder. Sie erzeugen Hauthyperämie und erregen die sensibelen Nerven, weshalb auch ein niedriger temperiertes Bad kein so inten-

sives Frostgefühl erzeugt wie ein Süsswasserbad. Ausserdem beeinflussen die Soolbäder nach Bennecke und Zuntz den Stoffwechsel im beschleunigenden Sinne.

Sie sind insbesondere bei chronischen organischen Nervenleiden indiziert, insbesondere bei Rückenmarkskrankheiten, aber auch funktionelle Neurosen, besonders wenn sie mit Alteration der Herzthätigkeit, Verlangsamung des Stoffwechsels, allgemeinen Ernährungsstörungen einhergehen, werden häufig günstig von ihnen beeinflusst. Kohlensaure Teilbäder (Arm- und Fussbäder) sind mit einfachsten Mitteln: Lösung von Natron bicarbonicum, hinzufügen von roher Salzsäure oder Weinsäure, leicht herzustellen und haben sich mir bei peripheren Lähmungen der Extremitäten-Nerven häufig günstig erwiesen. Sie wirken wohl in solchen Fällen ähnlich der Faradisation durch den gesetzten Hautreiz und regen reflektorisch an. Nach einem 20 Minuten dauernden Armbad sah ich eine sofortige auffallende Besserung der Motilität bei peripherer Radialislähmung.

Nächst der Hydrotherapie kommt bei der Behandlung von Nervenkrankheiten in Frage:

Die Elektrotherapie.

Eines der am meisten in ihrer Berechtigung umstrittenen therapeutischen Gebiete ist das der Elektrotherapie, das auch durch die elektrotherapeutische Konferenz im Jahre 1891 in Frankfurt, sowie durch die nachher von namhaften Elektrotherapeuten gebrachten Mahnungen, Äusserungen und Mitteilungen noch nicht dem Streit der Meinungen entrückt ist. Die von Möbius zuerst ausgesprochene Ansicht, dass der grösste Teil — $^4/_5$ — der elektrischen Heilwirkungen psychischer Natur sei, hat, trotz des Eintretens einer grossen Anzahl unserer bedeutendsten Forscher und Therapeuten für eine erheblichere physische Heilkraft der Elektrizität in der Mehrzahl der Fälle (Eulenburg, Remak, Erb u. a.), wie ich aus eigener Erfahrung sagen

darf, das Herz weitaus der grössten Zahl der Praktiker im Sturm gewonnen. Es mag dieses, sowie auch die innere Ursache der Zustimmung der Praktiker, nämlich, der ihnen so oft fehlende Erfolg bei elektrischen Kuren, in erster Linie dem Umstande zuzuschreiben sein, dass die elektrische Methodik trotz der grossen Zahl vorzüglicher, grosser und kleiner, jedem Arzte leicht zugänglicher Lehrbücher, ausserordentlich im Argen liegt. Wenn man mit unzureichenden Instrumenten, mit unzureichenden Kenntnissen nach unzureichender Methode elektrisiert, so darf man nicht von einer Heilanwendung der Elektrizität sprechen und darnach den Wert des Heilmittels bemessen.

Von der Elektrotherapie gilt nicht im gleichen Masse wie von der Hydrotherapie, dass auf den Hochschulen keine genügende Gelegenheit zur Erlernung geboten sei, eher muss man sagen, dass von der Gelegenheit allzuwenig Gebrauch gemacht wird. Und so kommt es, dass mancher Praktiker bei seinem ersten schweren Nervenfall, bei welchem vielleicht von autoritativer Seite der Gebrauch der Elektrizität angeraten ist, sich den ersten elektrischen Apparat, wenn möglich einen billigen Spamer'schen Induktionsapparat, zulegt, und nun nach Durchlesen der Gebrauchsanweisung, die dem Apparat beigegebenen, möglichst unzweckmässigen Elektroden auf die Haut des Kranken appliziert und vollkommen befriedigt ist, wenn der Kranke erklärt „er fühle etwas“. Ob galvanischer oder faradischer Strom indiziert ist, wird nicht gefragt. Wenn dann nach einigen Wochen Arzt und Patient die Lust an der Sache verloren haben und der Apparat bis zum nächsten Gebrauche bei Seite gestellt wird, inzwischen aber womöglich durch mangelhafte Pflege schadhaft geworden ist, so ist für die Zukunft das Urteil über die Elektrotherapie schon gefällt, Arzt und Patient sind in gleicher Weise überzeugt, dass das nichts hilft und oft wird dem Leidenden, der von der Elektrotherapie Heilung hofft und erhalten könnte, das unter solchen Umständen gewonnene Urteil entgegengehalten.

Dies ist ein alltägliches Vorkommnis und ich bin in der angenehmen Lage, manche dieser Saulusse zu Paulussen umgewandelt zu sehen, nachdem sie an sich selbst oder einem ihrer Angehörigen den Wert einer richtig geleiteten elektrischen Kur in Tagen der Not kennen gelernt haben. Einen Hauptfehler bilden neben der mangelhaften Ausbildung in dem Heilverfahren die durchaus mangelhaften elektrischen Apparate und Hülfsapparate, wie sie gewöhnlich dem praktischen Arzte seitens des Händlers dargeboten werden. Es ist geradezu unglaublich, wie, nachdem alle Hand- und Lehrbücher der Elektrotherapie gewisse Vorschriften über die Form und Grösse der Elektroden machen und fordern, den gewöhnlichen käuflichen Apparaten fast nur unbrauchbare, für die Puppenstube mehr, als für das ärztliche Sprechzimmer geeignet erscheinende Elektroden beigegeben werden.

Zur Ausübung der Elektrotherapie bedarf es zunächst einer ausreichenden Bekanntschaft mit der Lehre von der Elektrizität. Nur der, welcher die einschlägigen physikalischen und physiologischen Gesetze kennt, kann sich derselben, sei es zur Untersuchung, sei es zu Heilzwecken am Krankenbett, mit Nutzen bedienen. Wir verwenden am Krankenbette

1. den konstanten oder galvanischen Strom,
2. den Induktions- oder faradischen Strom,
3. den Spannungs- oder Franklin'schen Strom.

Eine eingehende Besprechung der Grundlehren der Elektrizität ginge über den Rahmen dieser Abhandlung hinaus, nur einige wichtige Grundsätze mögen hier Erwähnung finden.

Verbindet man die Pole eines galvanischen Elementes mit einander, so gleicht sich die Spannung der beiden die Pole bildenden Körper durch den sogenannten Schliessungsbogen aus und es entsteht in der Leitung ein von dem positiven zum negativen Pole fliessender Strom: Der galvanische Strom. Der Strom eines Elementes würde zur Erzeugung von Heilwirkungen nicht ausreichen, man verwendet deren mehrere, 20—60 so, dass stets der negative

Pol des 1. mit dem positiven Pol des 2. verbunden wird und zwar in der Weise, dass man von jedem dieser „hintereinander“ geschalteten Elemente den negativen Pol zugleich durch einen Draht ableitet, dass er zum Stromwähler geführt wird, von welchem später die Rede sein wird. Nur vom ersten Element leitet man den positiven Pol ab, da man dadurch zugleich die positiven Pole der folgenden Elemente erhält. Der positive Pol heisst Anode, der negative Kathode.

Auf der Wirkung des galvanischen Stromes auf die Magnetnadel, die um so weiter abgelenkt wird, je stärker der in einem benachbarten Leiter fliessende Strom ist, beruht die Methode der Messung des Stromes.

Die Spannungsdifferenz zwischen Anode und Kathode nennen wir elektromotorische Kraft. Die Stromstärke (J) ist nach dem Ohm'schen Gesetz direkt proportional der elektromotorischen Kraft (E) und umgekehrt proportional dem Widerstande (W). $J = \frac{E}{W}$. Die Einheit $1\,E$ der elektromotorischen Kraft bezeichnet man mit dem Namen Volt – ungefähr gleich der elektromotorischen Kraft eines Daniell'schen Elementes —, die Einheit $1\,W$ des Widerstandes bezeichnet man mit Ohm, — 1 Ohm ist gleich dem Widerstande einer Quecksilbersäule von 1 qcm Querschnitt und etwa 1,0 m Länge bei 0 Grad. Die Einheit der Stromstärke, welche eine Elektrizitätsquelle von 1 Volt Spannung bei 1 Ohm Widerstand liefert, wird 1 Ampère genannt.

Der Widerstand eines Leiters hängt von dessen materieller Zusammensetzung ab, ferner von Länge und Querschnitt desselben. Der Leitungswiderstand ist proportional der Länge und umgekehrt proportional dem Querschnitt des Leiters: $W = \frac{L}{Q}$. In jedem Stromkreise unterscheiden wir den inneren Widerstand, welcher in der Batterie entsteht, sowie den äusseren, welcher im Schliessungsbogen sich befindet. Je grösser der äussere Widerstand (W) ist, der beim menschlichen Körper mindestens ca. 3000 Ohm beträgt, umsomehr verschwindet im Vergleiche zu ihm

der innere Widerstand (w); $J = \frac{E}{W + w}$ daraus ergiebt sich, dass der für den Körper wirksame Strom, nur durch Vermehrung, nicht aber durch Vergrösserung der Elemente wesentlich gesteigert werden kann[1]).

Ausser Stromstärke kommt noch die Stromdichtigkeit (D) in Betracht. Es ist die Menge der Elektrizität, welche in der Einheit der Zeit durch einen bestimmten Querschnitt fliesst, die Stromdichtigkeit ist direkt proportional der Stromstärke und umgekehrt proportional dem Querschnitt des Stromleiters $D = \frac{J}{Q}$.

Noch ist einer Eigenschaft des elektrischen Stromes der Elektrolyse zu gedenken d. i. die Eigenschaft chemische Verbindungen in ihre Bestandteile zu zerlegen. An der Anode scheiden sich, wenn man die Pole in eine Flüssigkeit eintaucht, die Anionen, beim Wasser der Sauerstoff, an der Kathode die Kationen, beim Wasser der Wasserstoff aus. Zugleich entsteht eine Bewegung von der Anode zur Kathode in der Flüssigkeit (Kataphorese). Bei längerer Einwirkung wird der Strom allmählich schwächer und hört schliesslich auf zu fliessen. Das kommt daher, weil zwischen den in Bläschenform dicht auf den Polen angehäuften Ionen ebenfalls eine elektrische Spannungsdifferenz und zwar umgekehrter Natur als die der eingeführten Pole entsteht, welche den ursprünglichen Strom schwächt und schliesslich

---

1) Anm.: Ist W also sehr gross, wie beim menschlichen Körper, etwa 3000, w klein etwa 1, so ist die Gleichung bei einem Element $J = \frac{1\ E}{3000 + 1}$, bei 20 Elementen $\frac{20\ E}{3000 + 20}$, es ist demnach die elektromotorische Kraft um das 20fache, der Widerstand aber um einen verschwindenden Bruchteil $^1/_{50}$ gestiegen, die Stromstärke erheblich vergrössert.

Bei Vergrösserung des Elementes bleibt E konstant dem W, nur w verkleinert sich, was bei oben angeführten Zahlen bis Verdoppelung der Grösse des Elementes $J = \frac{E}{3000 + 0{,}5}$, aber eine minimale Vergrösserung von J bedeuten würde.

aufhebt (Polarisation). Dasselbe kommt auch in vielen Elementformen zu stande. Dadurch werden Elemente, in welchen fortwährende Polarisation stattfindet, inkonstant, weshalb man für anhaltenden Gebrauch sich der konstanten Elemente, bei denen die Polarisation vermieden wird, im Gegensatze zu den inkonstanten (Tauchelementen) bedient. Als konstantes Element erwähne ich, als in der Praxis am besten bewährt, das Leclanché'sche Element, welches neuerdings in kompendiöser Form auch für transportabele Batterien angefertigt wird. Bei den transportabelen Batterien, bei welchen die Benutzung gewöhnlich eine so kurze ist, dass erhebliche Polarisationswirkungen nicht auftreten, bedient man sich zweckmässig auch der Tauchelemente. In Städten, wo Gleichstromanlage sich befindet, kann man eine an diese Anlage angeschlossene elektrotherapeutische Anlage einrichten. Die Thermosäule hat sich als Stromquelle noch wenig Eingang verschafft.

Der Induktionsstrom oder faradische Strom beruht auf der Eigenschaft des Magneten, bei Annäherung und Entfernung in einem geschlossenen Leiter einen Strom zu erzeugen. Statt des Magneten verwendet man in der Regel einen in spiralförmigen isolierten Windungen um einen weichen Eisenkern gewickelten Leiter, in welchem man vermittelst eines selbstthätigen Unterbrechers in kurzen Intervallen elektrische Ströme entstehen und vergehen lässt, wodurch im Eisenkern Magnetismus entsteht und vergeht. Jedes Entstehen und Vergehen des Stromes erzeugt in einem zweiten spiralförmigen Leiter, der aus zahlreichen um einen Zylinder, aus isolierender Masse gewickelten Windungen dünnen Drahtes besteht, welcher über die erste Spirale geschoben werden kann, einen kurz dauernden Strom, den Induktionsstrom. Die erstere Spirale wird die primäre, die letztere die sekundäre genannt. Der Schliessungsstrom erzeugt von einer Windung zur anderen wiederum Induktionserscheinungen, man nennt den so entstehenden Strom den Extrakurrenten. Derselbe schwächt den Schliessungsstrom in der primären Spirale erheblich. Der

Öffnungsstrom wird durch den Extrakurrenten nicht nachteilig beeinflusst, infolgedessen ist auch der sekundäre Öffnungsstrom stärker als der Schliessungsstrom. Je plötzlicher die Unterbrechung ist, umso kräftiger ist der Induktionsstrom, ebenso, um so näher die sekundäre Spirale der primären ist. Auch mit der Zahl der die erstere bildenden Windungen wächst die Stromstärke. Ebenso hat der Eisenkern, welcher sich in der primären Spirale befindet, auf die Stärke des Induktionsstromes Einfluss. Durch jede primäre Stromschliessung und Öffnung entsteht in demselben Magnetismus, welcher verstärkend auf den primären Strom wirkt, daraus folgt, dass man durch Herausziehen des Eisenkerns den primären und damit auch den sekundären Strom schwächen kann. Der Abstand der beiden Spiralen oder Rollen in Millimeter gemessen, giebt uns das allerdings nur annähernde Mass der Stromstärke. Die von Edelmann, Levandowsky und Hoorweg angegebenen Messapparate für den faradischen Strom sind für die Anwendung in der Praxis noch zu umständlich. Man wird daher, um die angewandte Stromstärke zu bezeichnen, einfach den Rollenabstand angeben und zum Vergleiche der Stärke der Induktionsapparate den kleinsten Rollenabstand in Zahlen beifügen, bei welchem von einem oberflächlich gelegenen Nerv — etwa dem Nerv. ulnaris am Ellenbogen — Zuckungen in der zugehörigen Muskulatur — Kleinfingerballen — ausgelöst werden können.

Die Einrichtung der Influenzmaschine zur Erzeugung des Spannungs- oder Franklin'schen Stromes hier zu besprechen, ginge zu weit, da die Anwendung des Franklin'schen Stromes in der Praxis, sowohl wegen der bisher nicht genügend feststehenden Indikationen für denselben, als auch wegen der dazu benötigten kostspieligen und umfangreichen Apparate nicht zum allgemeinen Gebrauch sich empfiehlt. Bei mehrjähriger Anwendung desselben in den verschiedensten Fällen hat er sich mir niemals den anderen Stromesarten als überlegen erwiesen. Höchstens zum Ersatz des elektrischen Bades scheint er geeignet.

Wenn ich nach dem Vorausgegangenen das elektrotherapeutische Instrumentarium kurz aufzähle, so besteht dasselbe zunächst aus einer galvanischen Batterie von 30–40 Tauch- oder Leclanché'schen Elementen, welche mit einem Stromwähler d. i. eine Einrichtung, welche es gestattet, beliebig viel Elemente ein- und auszuschalten, sowie einem absoluten Galvanometer d. i. ein Instrument zum Messen der angewandten Stromstärke nach Milliampères. (Ein Milliampère — $MA = \frac{1}{1000}$ Ampère). Wünschenswert ist auch ein Apparat, welcher es erlaubt, abstufbare Widerstände allmählich in den Stromkreis einzuschalten: ein Rheostat. Metall-Rheostaten sind allen anderen vorzuziehen, jedoch kann man mit Flüssigkeits- und Graphit-Rheostaten, welche aber meistens recht kurzlebig sind, dem praktischen Bedürfnisse genügen. Ferner gehört dazu ein Induktionsapparat. Wenngleich die kleinen und kleinsten Apparate für therapeutische Anwendungen wohl genügen dürften, so ist im allgemeinen doch zu einem grösseren zu raten. Ein solcher ermöglicht eine viel grössere Sicherheit und Feinheit der Abstufungen des Stromes, sowie die Anwendung desselben zur elektrischen Untersuchung. Ein Stromwender, der es erlaubt, den negativen mit dem positiven zu tauschen, ist für alle diese Apparate erwünscht. Hat man beide Apparate auf einem Tableau resp. in einem Kasten vereinigt, so ist eine einfache Vorrichtung, der Stromwechsler (de Watteville) anzubringen, welcher es erlaubt, sowohl den faradischen wie den galvanischen Strom direkt in die für die Leitungsschnüre bestimmten Polknöpfe zu leiten und auch beide zugleich. Des Ferneren gehören zwei umsponnene resp. mit Gummischlauch umzogene Leitungsschnüre, die man von verschiedener Farbe wählt, dazu. Man nimmt dann stets für denselben Pol dieselbe Farbe. An das freie Ende der Schnüre werden die Handgriffe für die Elektroden angeschraubt. Die Handgriffe sind mit einem Gewinde versehen und erlauben, Elektroden verschiedener Form und Grösse aufzusetzen. Die Elektroden

müssen mit einem Stoff überzogen werden, welcher sich mit Wasser durchfeuchten lässt, dazu kann man Schwamm-Leder, Barchent und ähnliches verwenden. Ich habe es, namentlich bei den kleinen Elektroden, in der Praxis als angenehm empfunden, dieselben vor jedem Gebrauch frisch mit hydrophiler Watte zu umwickeln, welche auch nach der Anfeuchtung gut haftet und aus Gründen der Reinlichkeit, sowie der Desinfektion allen Ansprüchen genügt. Bei der Wahl der Elektrodenplatten kann man sich auf das Notwendigste beschränken, es gehören dazu mehrere kleine runde Platten von 2—5 cm Durchmesser, 2 rechteckige, biegsame Platten von 6×12 cm, 2 grosse (15×20 cm) Platten für den Leib, ferner eine elektrische Bürste oder ein ebensolcher grösserer Pinsel, sowie ein Paar Faustelektroden. Bei den Handgriffen sei noch erwähnt, dass es praktisch ist, einen solchen mit Unterbrechungsvorrichtung zu besitzen. Man lässt auf den Elektroden am besten den Querschnitt in qcm eingravieren, um sofort die Stromdichte bestimmen zu können.

Zur Anwendung der Elektrizität als Heilmittel gehört aber ausser der Kenntnis der physikalischen Gesetze auch die Vertrautheit mit der Elektrophysiologie. Wir begreifen darunter die Lehre vom Verhalten des elektrischen Stromes im Körper respektive vom Verhalten des Körpers beim Durchsrömtwerden vom elektrischen Strome. Er begegnet bei der Durchströmung des Körpers zunächst, wie bei Durchströmung jeden Leiters einem gewissen Widerstand. Der Körper enthält Stoffe von verschiedenartiger Leitungsfähigkeit, jedoch hängt die Leitungsfähigkeit eines Körperteiles im Wesentlichen von der Durchtränkung seiner Organe mit Gewebsflüssigkeit, welche ja aus gut leitender Salzlösung besteht, ab. Nur Epidermis und Knochen setzen dem Strome einen grösseren Widerstand entgegen. In letzteren wird die Leitung durch die dieselben nach allen Richtungen durchziehenden mit Gefässen und damit mit Flüssigkeit gefüllten Hohlräume erleichtert. Durch die Epidermis leitet sich der Strom wahrscheinlich ebenfalls durch die in ihr belegenen Kanälchen,

Schweissdrüsen, Haarbälge, Talgdrüsen und sonstigen Spalträume. Je dicker an einem Körper die Epidermis und je weniger sie von Spalträumen durchsetzt ist, um so grösser der Widerstand, den sie dem Strome entgegensetzt. Der Widerstand der Epidermis ist so gross, dass man den Widerstand in den übrigen Geweben ihm gegenüber gleich Null setzen kann. Daraus folgt, dass die Länge des vom Strome durchflossenen Körperstückes für die Bemessung des Widerstandes nicht in Betracht kommt, sondern nur die Beschaffenheit der Oberhaut an den Stellen, auf welche die Elektrode gesetzt wird.

Durch die Untersuchungen von Jolly, Stintzing, Gräber, Martius und anderen ist das Verhalten des Widerstandes des Körpers im Wesentlichen erforscht. Von einer unendlichen Grösse sinkt derselbe bei Anwendung des galvanischen Stromes sehr rasch und erreicht nach Stintzing bald ein konstantes Minimum von etwa 3000 Ohm. Durch diese Konstanz des Widerstandes ist es möglich, Ströme von konstant gleichbleibender Stärke durch den Körper zu senden, die Stromstärke liest man am Milliampèremeter ab, welcher den Quotienten des Ohm'schen Gesetzes $E:W$ direkt anzeigt, sodass die Messung der Widerstände des Körpers bei der Therapie nicht von Wichtigkeit ist.

Um den Widerstand der Epidermis bei der therapeutischen Anwendung herabzusetzen, bedient man sich gut durchfeuchteter Elektroden, dieselben bringen die Epidermiszellen zum Quellen, durchfeuchten die Hohlräume derselben und ermöglichen so den Strömen einen bequemeren Eintritt in den Körper. Zugleich verhindern sie Ätzwirkungen seitens der Ionen an der Haut. Während der galvanische Strom schnell den Widerstand herabsetzt, thut dies, wie Stintzing und Graeber nachgewiesen haben, der faradische nur in geringem Masse. Nach M. von Frey und F. Windscheidt ist der faradische Leitungswiderstand konstant und niedriger, als der galvanische. Durch Vergrössern der Elektrodenfläche kann man die Stromstärke vergrössern resp. den Widerstand verkleinern. Je höhere Stromstärke beansprucht wird,

umso grösser muss der Querschnitt der Elektrode sein, um eine Schädigung der Haut durch zu grosse Stromdichte zu vermeiden.

Da die Stromstärke nicht allein massgebend für die Wirkung des elektrischen Stromes auf den Körper ist, sondern auch noch die Stromdichtigkeit, von welcher der zu beeinflussende Körperteil getroffen wird, so bedarf es noch der besonderen Erörterung dieses Faktors. Die Dichtigkeit des Stromes hängt, wie erwähnt, direkt von der Stromstärke und umgehrt von dem Querschnitt des Leiters ab. Die Stromstärke nimmt, wenn wir zur Erzielung bestimmter Stromdichtigkeit die Elektroden verkleinern, natürlich ab, da mit der Verkleinerung des Querschnittes der Widerstand wächst. Wir müssen demnach die elektromotorische Kraft, d. i. die Zahl der Elemente steigern, wenn wir die gleiche Stromstärke behalten wollen. Man drückt die Stromdichte, mit welcher man die Oberfläche des Körpers trifft, durch einen Bruch aus, indem man die Zahl der Milliampère für die Stromstärke als Zähler, als Nenner aber die Zahl der qcm, welche die angewandte Elektrode Flächeninhalt hat, setzt, wobei jedoch die Brüche nicht ausgerechnet werden dürfen (Stintzing), z. B. bei einer Stromstärke von 5 *MA* und Elektrode von 50 qcm $D = \frac{5}{50}$. Da erfahrungsgemäss bei Vergrösserung des Querschnittes zur Reizung eines Nerven geringere Stromdichte erforderlich ist, so bedarf es einer geringeren Anzahl von Milliampère, um mit einer grösseren Elektrode dieselbe Wirkung auf ein Organ zu erzielen, wie mit einer kleinen; es sind die Querschnitte aber nicht proportional.

Der in den Körper eingeführte galvanische Strom teilt sich, nachdem er den Widerstand der Epidermis überwunden hat, in eine grosse Zahl von „Stromfäden“ (Erb), welche unmittelbar unter der Applikationsstelle noch dicht zusammen liegen, aber dann rasch nach allen Richtungen auseinander weichen, sodass schon in einer mässigen Tiefe die Stromfäden derartig weit verzweigt sind, dass von einer

intensiven Wirkung keine Rede sein kann. Dem faradischen Strome kommt eine nur sehr oberflächliche Wirkung zu, sodass dieselbe als eine sich auf den Pol beschränkende angenommen werden kann (Helmholtz).

Aus der Thatsache, dass die grösste Stromdichte unmittelbar in der Nähe der Elektrode vorhanden ist und demnächst in der zwischen beiden Elektroden liegenden Körperparthie und zwar in einer die Elektroden verbindenden Linie, ergiebt sich die Notwendigkeit, die elektrische Behandlung zu lokalisieren. Daher das Erb'sche Postulat: „in loco morbi". Man wird bei Applikation des Stromes auf oberflächliche Körperstellen eine kleine differente Elektrode auf diese aufsetzen, eine grosse indifferente auf einer entfernteren Körperstelle; als solche sind Brustbein und Magengegend beliebt. Bei tiefliegenden Körperteilen wird man den zu behandelnden Teil möglichst zwischen zwei grössere Elektroden bringen, bei grösseren zu behandelnden Körperflächen wird man die Fläche Stück für Stück durch Verschieben der Elektroden in den Bereich der Behandlung einziehen.

Aus der nach allen Richtungen erfolgenden Verteilung der Stromfäden ergiebt sich von selbst, dass es nicht möglich ist, dem Strome in einem längeren Organ eine bestimmte Richtung zu geben. Ein Teil der Stromfäden wird immer eine, sei es in einem Winkel zur beabsichtigten, sei es in einer dieser geradezu entgegen laufenden Richtung sich bewegen. Ebenso wenig ist es möglich, nur einen Pol ausschliesslich an einer Stelle zur Geltung zu bringen. Nach de Wattevilles Uutersuchungen bildet sich an der Stelle, wo der etwa durch die Anode perkutan eingeleitete Strom das tiefer liegende zu behandelnde Organ verlässt, eine Kathode, die sog. virtuelle Kathode. Da aber aus dem Vorigen hervorgeht, dass die Stromfäden an dem der Oberfläche näher liegenden Teile des Organes dichter sind, als wie an dem entfernteren, so kann trotzdem ein Überwiegen der Dichtigkeit und damit der Wirksamkeit des einen in diesem Falle des positiven Poles erfolgen, sodass man von

einer überwiegenden Polwirkung sprechen kann. Darauf begründet sich die sogenannte polare Behandlung (Brenner).

Die elektrolytischen und kataphorischen Wirkungen des Stromes kommen ebenfalls beim Durchströmen des menschlichen Körpers zur Geltung. Die Elektrolytischen führen z. B. bei trockenen Elektroden leicht zur Blasenbildung und Verschorfung der Haut durch die ausgeschiedenen Ionen. Genügende Befeuchtung schützt vor diesem Missgeschick. Beim faradischen Strom treten elektrolytische Wirkungen kaum hervor. Der galvanische Strom erzeugt in einer Flüssigkeit Bewegung von der Anode zur Kathode, für die Haut ist diese nachgewiesen und man hat den Strom zur Einführung von medikamentösen Lösungen benutzt, ein Verfahren, was sich gegenüber den bequemeren Einverleibungsmethoden keiner weiteren Verbreitung erfreut. Unterhalb der Haut werden gewiss auch Flüssigkeits-Strömungen entstehen. Es werden dieselben aber ebenso wie die elektrolytischen Wirkungen durch den Kreislauf grösstenteils überwunden.

Von grosser Wichtigkeit für unser therapeutisches Handeln sind die physiologischen Wirkungen elektrischer Ströme, die sich aus den Wirkungen auf die Bewegungs- sowie die Gefühlsnerven sowie auf den unserer Willkür entzogenen Nervenapparat zusammensetzen. Dichtigkeitsschwankungen des elektrischen Stromes wirken erregend auf Nerven und Muskeln. Bei der Anwendung des galvanischen Stromes gilt mit einigen Abweichungen das bekannte Pflüger'sche Zuckungsgesetz: dass nämlich die erregenden Wirkungen des Stromes auf den Nerven nur in der Nähe der Pole und zwar bei Stromschliessung an der Kathode und bei Stromöffnung an der Anode stattfinden. Die Kathodenzuckung ist grösser als die Anodenzuckung. Auf den lebenden Menschen übertragen bedarf es nach den Untersuchungen Brenners einiger Veränderungen. Das Zuckungsgesetz am menschlichen unversehrten Körper hat folgende Gestalt:

schwächster wirksamer Strom	*KSz*	*ASo*	*AOo*
nächst höhere Stromstärke	*KSZ*	*ASo* oder *ASz*	*AOz*
starker Strom	*KSTe*	*ASZ*	*AOZ*

Zwischen diesen Formeln liegen nach Ziemssen und Brenner noch verschiedene Zwischenformen, die aber nicht konstant sind. Es bedeutet $K =$ Kathode, $A =$ Anode, $S =$ Schliessung, $O =$ Öffnung. Die Grösse der Zuckung wird durch die Grösse von z bezeichnet, *Te* bedeutet Tetanus = andauernde Kontraktion. $o =$ keine Zuckung.

Man wird demnach zur erregenden Wirkung im Nerven sich der Kathode bedienen. Dem faradischen Strome kommt, da er aus raschen in ihrer Intensität schwankenden Strömen besteht, die so schnell aufeinander folgen, dass zwischen den einzelnen Zuckungen der Muskel nicht zur Ruhe kommt, also ein Tetanus besteht, eine ebenfalls stark erregende Wirkung auf den Nerven und Muskel zu.

Bei krankhaften Veränderungen im Nerven und Muskel kommen Veränderungen der Erregbarkeit vor und zwar sind dieselben von konstanter Natur. Es sind dies teils quantitative, teils quantitativ-qualitative Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Erstere werden als einfache Steigerung und Herabsetzung der Erregbarkeit, letztere als Entartungsreaktion (EAR.) bezeichnet. Nach Erb unterscheidet man die partielle und die komplete Entartungsreaktion. Bei der partiellen Entartungsreaktion ist die Erregbarkeit des Nerven für beide Stromarten herabgesetzt, die des zugehörigen Muskels für den faradischen Strom herabgesetzt. Bei der Reizung des Muskels durch den galvanischen Strom tritt statt der normalen kurzen „blitzartigen“ Zuckung eine träge Zuckung auf und die Anoden-Schliessungszuckung ist gewöhnlich grösser als die Kathoden-Schliessungszuckung, dabei besteht für diese Stromesart gesteigerte Erregbarkeit. Bei der kompleten Entartungsreaktion fehlt die Erregbarkeit des Nerven für beide Stromarten, sowie die des Muskels für den faradischen Strom; für den galvanischen Strom besteht anfänglich im Muskel dasselbe Verhältnis, wie bei der partiellen

Entartungsreaktion, später aber tritt ein Nachlassen der Erregbarkeit auch für diesen Strom ein bis zum vollständigen Erlöschen.

Die Entartungsreaktion kommt nur bei einer degenerativen Atrophie im Bereiche des untersten Neuron (graue Vorderhörner, motorische Wurzel, periphere Nerven) vor. Die einfache Herabsetzung der Erregbarkeit hat keine unbestrittene Bedeutung. Die Steigerung der Erregbarkeit beobachtet man vorzugsweise bei Tetanie. Bei Tompsonscher Krankheit besteht eine eigentümliche, von Erb zuerst beschriebene und Myotonische Reaktion benannte Veränderung der Erregbarkeit.

Nach Pflüger kommt der Kathode eine Steigerung der Nervenerregbarkeit, der Anode eine Herabsetzung derselben in dem vom Strome durchflossenen Nerven zu. Am Menschen sind speziell von Erb ähnliche Erscheinungen an den Polen nachgewiesen. Da Nachwirkungen dieser Erregbarkeitsänderungen nach Aufhören des Stromes wahrscheinlich sind, so bedarf diese Eigenschaft des Stromes bei der Anwendung der Elektrizität der Berücksichtigung (Lehre vom Elektrotonus).

Ausser auf den Bewegungsapparat haben die elektrischen Ströme auch auf das Empfindungsvermögen Einfluss, insbesondere erregt der faradische Strom lebhaft die Empfindungsnerven, was sich bis zur intensiven Schmerzempfindung steigern lässt, namentlich durch Anwendung von aus Metallfäden bestehenden trockenen (Pinsel) Elektroden. Der elektrische Reiz des sensiblen Nerven lässt in dessen ganzen Verbreitungsbezirk Sensationen auftreten. Man kann die Sensibilität der Haut für den faradischen Strom direkt vergleichenden Messungen unterziehen, indem man die Rollenabstände vergleicht, bei welchen bei aufgesetzter Elektrode der Strom zunächst empfunden und weiterhin als schmerzhaft bezeichnet wird. Für diese Prüfung der „faradocutanen Sensibilität“ hat Erb eine besondere Elektrode angegeben, die aus zahlreichen in eine isolierende

Masse eingebetteten und an der Fläche glatt geschliffenen Metallfäden besteht.

Von Brenner sind für das Gehörorgan, von Schwarz, Hoche, Kiesselbach und anderen für das Auge, von Aronsohn für den Geruch bestimmte Wirkungen des galvanischen Stromes festgestellt, jedoch ermangeln dieselben noch der praktischen Bedeutung. Nur für das Auge kommt praktisch in Betracht, dass der galvanische Strom eine blitzartige Lichtempfindung beim Schliessen und Öffnen hervorruft, was oft unangehm empfunden wird. Ob das Auftreten des galvanischen Geschmackes bei Applikation des elektrischen Stromes in der Mundhöhle, auf den Wangen oder im Nacken auf direkte Reizung der Geschmacksnerven oder auf elektrolytischen Erscheinungen (Herrmann) beruht, ist nicht sicher gestellt. Bekannt ist noch das bei Querleitung des Stromes durch das Gehirn eintretende nach der Anode hinneigende Schwindelgefühl. Beide elektrischen Ströme wirken auf die Vasomotoren. Nach kurzer Abblassung der Haut bei Applikation einer Elektrode tritt bald darauf eine, namentlich beim galvanischen Strom, sehr lange bestehenbleibende Rötung der Haut auf, die auf einer Erweiterung der Gefässe beruht. Diese Gefäss erweiternde Wirkung kommt gewiss auch in den tieferen Organen zu Stande und ist bei den therapeutischen Wirkungen des Stromes mit in Betracht zu ziehen.

Die Wirkung auf den Sympathikus ist nach G. Fischer unsicher und rein hypothetisch. Auf Sekretionsorgane, wie Speicheldrüsen, wirkt der Strom absonderungserregend, ob freilich direkt durch Nervenreizung oder reflektorisch von Geschmacksnerven aus, ist noch fraglich. Auf die Magensaftabscheidung hat er nach meinen Untersuchungen, sowie denen von v. Ziemssen, absondernde Wirkung.

Zum Schluss sei noch der reflektorischen Wirkung des Stromes gedacht, so der Auslösung des Schlingaktes durch galvanische Reizung am Halse, sowie Gefässerweiterung in von der Applikationsstelle entfernt liegenden Gebieten. Dass eine kräftige Faradisation der Haut gelähmter Extre-

mitäten in diesen reflektorische Bewegungen erzeugt, habe ich selbst in einem Falle von Hirntumor mit kompleter Hemiplegie beobachtet.

Was die Anwendung der Elektrizität zu Heilzwecken betrifft, so wissen wir von den eigentlichen Heilvorgängen, welche mit der Anwendung der Elektrizität im menschlichen Körper verbunden sind, erst sehr wenig. Das Wie der Wirkung ist, wie auch bei fast allen arzneilichen Heilmethoden, so lange die feineren Vorgänge in der einzelnen Zelle zu wenig bekannt sind, nicht zu ergründen. Von Fortschritten auf dem Gebiete der Zellenforschung haben wir auch über die Heilwirkung der Elektrizität im rein wissenschaftlichen Sinne Aufklärung zu erwarten. Aber Erfahrungen einer grossen Anzahl hervorragender Ärzte, die in gewissenhafter Weise den Verlauf von Nervenkrankheiten bei Anwendung der Elektrizität studiert haben, haben günstige Wirkungen derselben bei manchen Krankheitsformen über jeden Zweifel gesichert. Auch liegen experimentelle Arbeiten über günstige Heilwirkung bei durchschnittenen Nerven vor. Wir haben nicht das Recht, wenn wir die Frage, wodurch entsteht die günstige Wirkung, nicht beantworten können, ein nach zahllosen und immer wiederkehrenden Erfahrungen günstiges, ja in manchen Krankheitsfällen allein günstig wirkendendes Mittel dem Kranken zu versagen. Zumal wenn mit seiner Anwendung keine Gefahr verbunden ist. Grössere Sicherheit ist vielleicht einmal von einer Sammelforschung, welche bei den Therapeuten anzustellen ist, welche nach genau dosiertem Verfahren die Elektrizität anwenden, zu erlangen. Da letzteres überhaupt erst seit kurzem allgemein der Fall ist, so können auch bis jetzt noch keine abschliessenden Erfahrungen vorliegen.

Die Grundsätze, nach welchen der Elektrotherapeut handeln soll, sind zunächst die, dass die Anordnung der Elektroden so getroffen wird, dass der Ort der krankhaften Veränderung im Nervensystem auch wirklich vom Strome erreicht wird. Bei anatomisch, nach unseren Kenntnissen

nicht genau zu lokalisierenden Erkrankungen, wird man, sofern nicht einzelne Organe eine lokalisierte symptomatische Behandlung erfordern, eine der verschiedenen Arten der allgemeinen Behandlung eintreten lassen müssen.

Ein zweites Erfordernis ist die richtige Dosierung des elektrischen Stromes, sowohl was Stärke respektive Dichtigkeit desselben wie Dauer der Anwendung betrifft. Diese Forderung ist Gegenstand vielfacher Erörterungen gewesen, jedoch aus dem Streit der Meinungen geht wenigstens hervor, dass Niemand diesen Faktor für gleichgültig hält. Während C. W. Müller und Sperling ausserordentliche geringe und kurz dauernde Ströme in recht häufigen Sitzungen verwenden, neigt doch die Mehrzahl der Elektrotherapeuten dazu, immerhin fühlbare Ströme und diese etwas längere Zeit hindurch aber dafür seltener anzuwenden. Die Art der Dosierung berechnet sich nach der Stromdichte, die sich aus der Stromstärke und dem Elektrodenquerschnitt ergiebt. Fügt man der Angabe der Dichte die Angabe der Stellung des wirksamen Poles, sowie die Dauer der Anwendung hinzu, so hat man eine Bezeichnung, welche es Jedem ermöglicht, in derselben Weise den Strom anzuwenden. Nur mit solchen Angaben versehene Mitteilungen über elektrische Behandlungen können für die Erfahrung Wert beanspruchen.

Die Stromstärke ist nach der Individualität des Patienten, sowie nach dem Orte der Anwendung zu wählen. Man hüte sich vor allem, vor der Anwendung zu starker Ströme. Beim galvanischen Strom umfassen Ströme von $^1/_2$—30 Milliampère bei Elektrodengrösse von 3—300 qcm die Grenzen der gebräuchlichsten Anwendungen. Die Zeitdauer der Anwendung schwankt von $^1/_2$- 20 Minuten. Je empfindlicher ein Organ, desto kürzer und schwächer die Anwendung. Man fange stets mit schwachen Strömen an und richte sich bei der Steigerung nach der Empfindlichkeit des Kranken. Die Elektroden werden ruhig mit mässigem Druck aufgesetzt, die Bewegung geschehe gleichmässig.

Die Stromrichtung ist durch die Stellung der Elektroden nur im begrenzten Sinne zu beeinflussen, auch rein polare

Wirkungen im physiologischen Sinne sind schwerlich zu erzielen.

Die Methoden der Anwendung, wie sie sich im Laufe der Zeit ausgebildet haben, sind verschiedenartig, aber auch hier gilt der Satz, dass mit wenigen Methoden, je nach ihrer Anwendung, die verschiedenartigsten Wirkungen erzielt werden können.

Man kann den faradischen Strom vorzugsweise zu sogenannten lokalisierten Faradisationen (Duchenne) verwenden oder zur allgemeinen Elektrisation. Im ersten Falle wird der positive Pol des Öffnungsstromes in Form einer etwa 6 × 12 cm grossen Platte auf das Brustbein oder auf die Wirbelsäule appliziert, der negative, womöglich mit einem Unterbrechungshandgriff versehene Pol vermittelst einer 3—8 qcm grossen Elektrode auf die einzelnen Nervenstämme resp. motorischen Punkte d. i. die Stelle, von welcher aus der betreffende Muskel am leichtesten in seiner Gesammtheit zu erregen ist (v. Ziemssen), aufgesetzt. Man lässt alsdann etwa 2 Minuten lang kräftige Induktionsströme mit kurzen Unterbrechungen wirken. Handelt es sich um mehr als einen Nerven, so wird man die Gesammtdauer der Sitzung doch nicht über 12 Minuten ausdehnen. Der faradische Strom wirkt in dieser Art der Anwendung stark erregend. Nach den Versuchen von Mann tritt eine Steigerung der Erregbarkeit der so behandelnden Muskeln und Nerven ein. Bei Muskel- resp. Nervengebieten, in welchen komplete E. A. R. besteht, wird man diese Methode selbstverständlich nicht anwenden, da sie da keinen Effekt hat.

Die allgemeine Elektrisation vermittelst des faradischen Stromes geschieht nach Beard und Rockwell so, dass der Patient mit den blossen Fusssohlen auf einer grossen Metallplatte ruht oder in eine mit Wasser gefüllte Wanne eintaucht, die mit der Anode des Öffnungsstromes verbunden ist. Die andere mit dem negativen Pole verbundene Elektrode, welche die Form eines Schwammes, einer Walze oder auch einer Bürste haben kann, wird nun beginnend am

Rücken über die Vorderseite des Rumpfes und die Extremitäten hin und her geführt. Bei Applikationen am Kopfe wendet man am besten die blosse, gut befeuchtete Hand an, indem der Arzt durch Erfassen des negativen Poles mit der einen Hand den Strom durch seinen eigenen Körper gehen lässt und seine andere befeuchtete Hand zur Elektrode macht. Am Kopfe, namentlich an der Stirn sind nur schwach fühlbare Ströme anzuwenden; im Nacken verträgt man schon stärkere. Am Körper und an den Extremitäten kann ein Strom benutzt werden, der die Muskulatur zu kräftigen Kontraktionen bringt. Die Wirkungen sind nach oben genannten Autoren zunächst kräftigend und vermehren das subjektive Wohlbefinden, dieselben sind, namentlich wenn sehr starke Ströme angewandt werden, am folgenden Tage von einer mässigen Erschöpfung gefolgt, die aber bald zum Verschwinden kommt und sich bei milden Anwendungen vermeiden lässt. Nach mehrfacher Anwendung tritt als bleibende Wirkung Kräftigung ein, die sich durch Besserung des Schlafes, des Appetites, der Zirkulation und Hebung des Wohlbefindens, sowie Hebung aller körperlichen Funktionen äussern soll. Die Reaktion auf diese Behandlung ist individuell sehr verschieden.

Die Anwendung des faradischen Stromes mittelst eines Metallpinsels oder besser einer Bürste, dient je nach dem Orte der Anwendung auch zur Ableitung oder zur Erzielung reflektorischer Wirkungen. Besonders im Gebrauch sind die Pinselungen der Beine und des Rückens etwa 5 bis 10 Minuten dauernd mit ziemlich starken aber noch nicht schmerzhaften Strömen bei verschiedenen krankhaften Zuständen, insbesondere auch bei organischen Rückenmarksleiden (Rumpf) als erregende Prozedur.

Der galvanische Strom ist in seiner Anwendung bedeutend komplizierter, zumal es hier auf genauere Dosierung besonders ankommt, man verwendet ihn stabil oder labil d. h. indem entweder beide Elektroden eine gewisse Zeit lang unverrückt auf einer Stelle bleiben oder indem die Kathode über das erkrankte Organ hin- und hergeführt

wird. Obwohl man stärkere polare Wirkungen eigentlich nur in einem der Haut zunächst liegenden Organe, etwa einem an der Oberfläche liegenden Nerven, erwarten kann, ist doch nach vielfältiger Erfahrung die polare Anwendung vorzugsweise in Gebrauch. Man wird, je nachdem man erregend wirken will, bei Lähmungen und Anaesthesien die Kathode anwenden, will man beruhigend wirken, wie bei Krämpfen und Schmerzen, macht man von der Anode Gebrauch. Während es bei der Kathodenbehandlung nicht darauf ankommt, Stromschwankungen zu vermeiden, wird man bei der Anode, da nach Pflügers Beobachtungen bei Öffnung des Stromes an der Anode Steigerung der Erregbarkeit eintritt, jede Stromschwankung vermeiden und am Schluss der Behandlung den Strom möglichst langsam und vorsichtig „ausschleichen" lassen, d. h. seine Intensität vermittelst des Rheostaten oder äusserst vorsichtigem allmählichen Abnehmen der Elektrode langsam vermindern. Die Grösse der indifferenten Elektrode beträgt 6×12 cm, der Ort der Applikation ist die Gegend des Brustbeines oder die der Wirbelsäule. Die Grösse der wirksamen Elektrode wird, je nach dem Orte der Anwendung, doch nie zu klein, zu bemessen sein, dieselbe schwankt zwischen 5×5 und 6×12 cm. Die Dauer der Sitzungen beträgt 3 bis 5 Minuten, jedoch hat man auch bei Sitzungen bis zu 20 Minuten und mehr günstige Erfolge gesehen (Ziehl). Die Stromdichte $^1/_5 - ^7/_{72}$.

Die andere Anwendung, die sogenannte labile, wird ausgeführt, indem man vermittelst einer kleinen Elektrode das erkrankte Muskel- und Nervengebiet anhaltend bestreicht und so jeden Teil desselben fortwährend Stromschwankungen aussetzt. Diese Methode ist speziell zur Behandlung von Lähmungen namentlich auch solchen mit E. A. R. angezeigt, doch wird man den Strom in diesem Falle nicht zu stark wählen, da das Auslösen von Entartungszuckungen wahrscheinlich keine günstige Wirkung hat.

Als allgemeiner Behandlungsweise vermittelst des galvanischen Stromes sei noch der zentralen Galvani-

sation gedacht, die zuerst auch von Beard empfohlen ist. Dieselbe hat den Zweck, Gehirn, Rückenmark und insbesondere die in der Halsgegend gelagerten nervösen Organe von galvanischen Strömen durchfliessen zu lassen. Die Methode, wie ich sie anwende, besteht darin, dass ich eine 5×10 cm grosse Elektrode im Nacken aufsetze und dieselbe vom Patienten vermittelst eines darum geschlungenen Handtuches festhalten lasse. Diese wird mit dem negativen Pole verbunden. Zunächst wird eine 6×12 cm grosse Schwammelektrode auf die Stirn gesetzt und der Strom von 1 Milliampère 2 Minuten lang mit allmählichen Ausschleichen durchgeleitet. Sodann verbinde ich den positiven Pol mit einer 5×5 cm grossen Elektrode und lasse ihn rechts und links unterhalb des Kieferwinkels in einer Stromstärke von 2 bis 2,5 Milliampère je 2 Minuten lang wirken. Darauf wird die Anode mit einer Elektrode von 5×10 cm verbunden und diese etwa 3 Finger breit unterhalb der im Nacken befindlichen Elektrode aufgesetzt. In 3—4 Etappen wird nun die gesammte Wirbelsäule stückweise in den Bereich des Stromes gebracht, indem je nach 40–60 Sekunden die Elektrode um eine Plattenlänge langsam nach abwärts gerückt wird. Den zweiten Teil dieser aus 3 Teilen bestehende Behandlung wurde früher unter dem Namen Galvanisation des Sympathikus ausgeübt. Nachdem G. Fischer zeigte, dass man auf diese Weise nicht allein den Sympathikus, sondern auch den Vagus und sonstigen nervösen Organe mit beeinflusst, wird sie nach seinem Vorgang Galvanisation am Halse oder nach de Watteville Subaurale Galvanisation genannt. Dieser Teil der Methode für sich wird zur Beeinflussung der Medulla oblongata, Sympathikus und Vagus verwendet, insbesondere auch bei nervösen Kreislaufstörungen.

Eine weitere Indikation der Anwendung des elektrischen Stromes beruht auf den supponierten elektrolytischen, kataphorischen und vasomotorischen Wirkungen des Stromes, welche E. Remak mit dem Worte katalytische Wirkung zusammen fasst. So hypothetisch diese Wirkung vom physiologischen Standpunkt wenigstens

für die inneren Organe ist, so hat man doch eine Reihe von Wirkungen auf Resorption und Ernährungsvorgänge in den elektrisierten Organen beobachtet, die aus den physiologisch sicher gestellten Wirkungen nicht erklärt werden können. Erb hält eine Einwirkung auf die trophischen Nerven zur Erklärung dieser Thatsachen für wahrscheinlich. Nur der galvanische Strom hat katalytische Wirkungen. Um diese in einem Organe zu erzielen, verwendet man zumeist die Anode in der Nähe der erkrankten Partien als differenten Pol, die Kathode an entfernterer Stelle. Die Stromdichtigkeit wechselt von 1—8 Milliampère bei einer Elektrodengrösse von 3—100 qcm. Die katalytische Behandlungsmethode wird ganz besonders bei chronischen Muskel-, Rückenmarks- und Gehirnleiden angewandt.

Noch zu erwähnen ist die Anwendung der Elektrizität in Form des elektrischen Bades. Hier wird sich für die Praxis wohl nur das faradische Bad verwenden lassen. Bei einer Stein- oder Holzwanne kann man mit dem einfachen Induktionsapparat ein Dipolares faradisches Bad improvisieren, indem zu Häupten und zu Füssen der im Bade befindlichen Person eine mit je einem Pol des Apparates verbundene, gegen Berührung mit dem Körper durch Holzleisten geschützte Metallplatte eintaucht. Ein monopolares Bad lässt sich in jeder Wanne machen, indem man einen Pol ins Wasser, den anderen in die Hand leitet. Die Wirkung des etwa auf 10—20 Minuten zu bemessenden Bades bei mässigem Strom ist nach Eulenburg und Lehr eine belebende und erfrischende; bei starkem Strom und langer Dauer wirkt es beruhigend. Galvanische, sowie Zweizellenbäder nach Gärtner werden in der Praxis selten auszuführen sein, wohl aber lokale elektrische Bäder, bei welchen der kranke Körperteil in ein aus Holz oder Steingut gefertigtes Gefäss mit Wasser eingetaucht und ebenso der Strom in dasselbe durch 2 Platten geleitet wird, wie beim Vollbade.

Die Anwendungsformen der Reibungselektrizität der Franklinisation bleibt den Spezialanstalten vorbehalten und

kann hier übergangen werden, da man den für sie geltenden Indikationen mit anderen Methoden auch gerecht werden kann. Die Dauer einer elektrischen Kur schwankt zwischen weniger Sitzungen, so bei leichten Lähmungen etc. und vielen Monaten ja Jahren, doch ist es zweckmässig, nach je 6—8 Wochen grössere Pausen eintreten zu lassen.

Die mechanischen Heilmethoden.

Auch Massage und Gymnastik ist in der Behandlung von Nervenkrankheiten seit ältesten Zeiten in Übung gewesen. Sogar bei den Naturvölkern wird namentlich erstere, zur Heilung von Krankheiten benutzt. Wenn es auch in der Geschichte Zeiten giebt, in welchen beide als Heilfaktoren in Vergessenheit geraten waren, so wurde die Gymnastik doch Mitte des 16. Jahrhundert von Merkuriali und Verono gewissermassen neu entdeckt und fernerhin im 18. und 19. Jahrhundert durch Rousseau, Pestalozzi, Nachtigall und Ling zu weiterem Ausbau und grösserer Verbreitung gebracht.

In Deutschland wurde die Gymnastik von Jahn zum deutschen Turnen, welches allerdings weniger therapeutischen als erzieherischen Zwecken dienen sollte, ausgebildet. Spies hat den Ausbau dieses Erziehungsmittels bis zum heutigen Schulturnen vervollkommnet. Die Heilgymnastik wurde hauptsächlich von dem Schweden Ling zugleich mit der Massage durch Einführung kombinierter Widerstandsbewegungen und verschieden gewählter Ausgangsstellungen zu einem lokalisier- und dosierbarem Heilmittel erhoben.

Die Massage wurde speziell von den Franzosen Tissot, Bonnet, Pierrie, Nelaton wieder in die Heilkunst eingeführt. Das Buch von Estradère (1863) behandelt zuerst die Massage als selbständigen Zweig der Heilkunde. In neuester Zeit sind es vor allen Metzger, Mosengeil, Zabludowski, Reibmeir, Schreiber, Kleen und andere, sowie eine grosse Anzahl hervorragender Chirurgen, welche

sich um den Ausbau dieser Heilmethode verdient gemacht haben.

Die Massage, wie sie heute angewandt wird, umfasst hauptsächlich 4 Manipulationen:

1. Die Effleurage d. i. die Streichung der Haut in zentripetaler Richtung mit der flachen Hand. Die physiologische Wirksamkeit dieser Manipulation besteht in einer Beschleunigung des Blut- und Lymphstromes in der Haut und in den oberflächlich liegenden Geweben;

2. Die Friktionen d. i. Reibungen, bestehen in kräftigen, kreisförmigen Reibungen und Drückungen mit der Hand oder dem Daumen und Zeigefinger. Ihr Zweck ist krankhafte Schwellungen und Verdickungen zu zerdrücken resp. zu lösen;

3. Petrissage d. i. Knetung. Es werden dabei grössere Gewebspartbieen mit den Händen umgriffen und durchwalkt. Dieselbe dient ebenfalls zur Verbesserung der Zirkulation in den Geweben, namentlich in den Muskeln;

4. Tapotement d. i. Klopfung mit der Hand, Handkante oder den Fingerspitzen.

Klopfung und Knetung haben neben „Reinigungswirkungen“ noch reizende. Die geklopften Muskeln werden zu Kontraktionen angeregt, auch wenn sie dem Willen nicht mehr unterworfen sind (mechanische Muskelerregbarkeit); auch können durch dieselben Schmerzen, durch die das Gefühl lähmende Eigenschaft derselben, gelindert werden. Auch erzeugen sie Hauthyperämie. Wenn grössere Gebiete der Massage unterzogen werden, so wirkt dieselbe erregend auf den Stoffwechsel. Eine besondere Art des Tapotements, die schnell aufeinander folgenden „Erschütterungen“, welche maschinell ausgeführt werden (Ewers Concussor, Liedbecks Vibrationsapparat), erfreuen sich wegen ihrer mitunter schmerzstillenden Wirkungen auch der Anwendung bei Nervenkrankheiten.

Die Heilgymnastik verfügt über eine weit kompliziertere Technik, als die Massage. Sie hat zum Gegenstande aktive und passive Bewegungen. Was die Wirkung

auf das Nerven- und Muskelsystem anlangt, so wird durch passive Bewegung dasselbe abwechselnd gedehnt und erschlafft und in seiner gegenseitigen Lage verschoben. Es wird damit also auch eine Art Massage ausgeübt. Die aktiven Bewegungen, sofern sie die gesammte Muskulatur betreffen, haben neben den mechanischen Einflüssen, die auch den passiven Bewegungen eigen sind, eine allgemeine stoffwechselsteigernde Einwirkung. Der regelmässig geübte einzelne Muskel nimmt an Fülle und Kraft zu, jedenfalls wird sein Ernährungsverhältnis, sofern er nicht völlig gelähmt ist, durch Übungen meistens gefördert. Durch Übungen wird der Muskel blutreicher, eine Thatsache, auf der die ableitenden Wirkungen der Muskelübungen beruhen. Durch Beschleunigung des Blutumlaufes wird der Stoffwechsel und damit die Wärmebildung beschleunigt, was sich auf das Allgemeinbefinden wohlthätig äussert; aus diesen Wirkungen ergeben sich die Heilanzeigen.

Die Methodik der Gymnastik zerfällt in 2 Gruppen: Die deutsche und die schwedische Heilgymnastik.

Die deutsche Heilgymnastik bedient sich nur der einfachen aktiven Bewegungen, welche zum grössten Teil einfache Freiübungen sind, welche durch Anwendung von Hanteln, Stab etc. kompliziert werden. Bezüglich der näheren Methodik verweise ich auf die betreffenden Lehrbücher (z. B. Schreber). Jeder der, sei es in der Schule, sei es beim Militär, systematische Muskelübungen getrieben hat, kennt den grössten Teil der gebräuchlichsten Übungen. Ein Fehler der deutschen Heilgymnastik besteht darin, dass man die Übungen nicht so gut lokalisieren und dosieren kann, als in der schwedischen Gymnastik, doch ist sie für vielfache namentlich funktionelle Erkrankungen des Nervensystems als Hausgymnastik völlig ausreichend, vorausgesetzt, dass die Übungen passend ausgewählt werden.

Die schwedische Heilgymnastik wird der praktische Arzt, selbst auszuüben, kaum in die Lage kommen. Dieselbe, durch Ling zunächst ausgebildet, besteht in einem übermässig komplizierten System von Bewegungen, welche

genannt werden können, jedoch den mechanischen Eingriffen zugezählt werden müssen. Es sind dieses die Frenkel'sche Behandlung der Ataxie durch Wiedereinübung der Koordination, von Leyden kompensatorische Übungstherapie genannt, ferner die Suspensionsbehandlung und ähnliche Methoden.

Die Frenkel'sche Übungstherapie geht von dem Gesichtspunkte aus, dass bei einzelnen Nervenkrankheiten, speziell der Tabes, Bewegungsstörungen durch Übung wieder zu heben sind. Indem Frenkel sich auf den Boden der anaesthetischen Theorie der Ataxie bei Tabes stellt, nimmt er an, dass anhaltende und sachgemäss überwachte Übungen es dem Kranken ermöglichen, das mangelnde Gefühl für die Bewegungen zu kompensieren. Nach Goldscheiders Theorie steigt dabei in gewissen nicht geschädigten Neurosen die Erregbarkeit und kompensiert so den Ausfall der degenerierten geschädigten Bahnen. Die Ausführung dieser Übungen bietet eigentlich keine besondere Schwierigkeit, der Arzt muss sich nur mit dem Zweck und der Methode vertraut gemacht haben. Die Art der Übung ergiebt sich aus dem Grade und der Lokalisation der Ataxie. Die Ataxie der oberen Extremitäten erfordert zu ihrer Behandlung unbedingt die Anwendung von allerdings einfachen Apparaten, bei der Behandlung der Ataxie der unteren Extremitäten will Frenkel ohne Apparate auskommen. In der Leyden'schen Klinik (Jacob) sowie im Krankenhause Moabit (Goldscheider) bedient man sich auch bei der Behandlung der unteren Extremitäten gewisser einfacher Apparate. Die bisherigen Erfahrungen sprechen zu Gunsten der Methode, jedoch ist dabei nicht ausser Acht zu lassen, dass sie unbedingt die persönliche und sachkundige Aufsicht und Anordnung des Arztes verlangt. Bei Hypotonie der Muskulatur, Schlaffheit der Gelenke sind die Erfolge wenig versprechend, Übermüdungen sind unter allen Umständen zu vermeiden; ebenso sind derartige Bewegungskuren bei angreifenden Badeprozeduren kontraindiziert. Da diese Bewegungskur bisher allgemein günstig beurteilt wird und sie

auch noch nicht bisher dem Moloch „Suggestion“ verfallen ist, so möge hier eine etwas genauere Besprechung der Technik Platz finden, zumal dieselbe bisher noch nicht ganz ausführlich in deutscher Sprache dargestellt ist.

Die Bewegungen werden teils im Bett, teils in aufrechter Stellung und teils im Stehen und Gehen geübt. Die Übungen im Bett will Frenkel von jedem, auch von den leichten Kranken gemacht wissen. Der Kranke liegt dazu mit etwas emporgerichtetem Kopfe, damit er seine Beine sehen kann, er macht darauf nacheinander, nach Auswahl des Arztes, folgende Bewegungen (R. Hirschberg):

1. Beugung, Streckung, Abduktion und Adduktion des einen Fusses, dann des anderen und dann dieselbe Bewegung mit beiden Füssen zugleich;

2. Rotation des Fusses im Tibiotarsalgelenk, indem die Spitze des Fusses einen Kreis beschreibt;

3. Beugung des Kniees, wobei der Schenkel keine Schwankungen nach aussen oder nach innen machen darf;

4. Beugung des Schenkels nach dem Becken zu bei gebeugtem Knie;

5. Adduktion und Abduktion des Schenkels, während das Knie gebeugt, die Fusssohle auf der Matratze ruht und das Becken unbeweglich ist. Diese Bewegung muss in 4 Absätzen: Abduktion, zurück nach der Mitte, Adduktion und wieder zurück ohne Ruck ausgeführt werden;

6. Erheben des Beines in einem Stück, ohne Zickzackbewegung zu machen;

7. Das erhobene Bein macht Adduktion und Abduktion im Hüftgelenk;

8. Das erhobene Bein macht Rotationsbewegungen im Hüftgelenk, wobei der Fuss einen Kreis beschreibt;

9. Die Beine liegen gestreckt und nebeneinander, man fordert den Kranken auf, sich in seinem Bett aufzusetzen, ohne sich auf die Hände zu stützen und ohne die Beine zu beugen;

10. Dieselbe Bewegung mit dem Unterschiede, dass der Kranke völlig horizontal gelagert ist.

Der Zweck dieser Übungen ist der, dass der Kranke seine Muskelkontraktionen wieder zu beherrschen lernt und in der Folge dahin gelangt, alle diese Übungen mit einer möglichst so vollkommenen Regelmässigkeit auszuführen, wie ein gesunder Mensch. Im Anfang muss daher der Kranke seine Bewegungen mit dem Auge aufmerksam überwachen, aber je nachdem er sie exakter macht, fordert man ihn auf, seine Beine während der Übung nicht mehr anzusehen und zuletzt muss er die Übungen mit geschlossenen Augen zu machen versuchen.

Die Übungen im Bett bilden den ersten Teil der Behandlung. Bei den Kranken, welche nicht mehr gehen können, dauert die Periode der Übungen im Bett natürlich länger als bei denen, welche noch gehen. Aber auch bei hochgradiger motorischer Inkoordination ziehen die meisten Kranken doch Nutzen aus diesen Übungen.

Übungen in aufrechter Körperstellung. Für diese Übungen wählt man ein grosses, helles, nicht von Möbeln eingeengtes Zimmer mit einem nicht glatten und nicht mit Teppichen belegten Boden. Der Kranke sei leicht bekleidet, für die Damen sind eine Art Gymnastikbeinkleider zu tragen, denn im Anfang der Behandlung ist es sehr wichtig, dass die Kranken ihre Beine sehen können.

Übungen im statischen Gleichgewicht. Der Kranke steht aufrecht, der Arzt hält sich an seiner Seite. Wenn der Kranke nicht mehr gehen kann, stützt man ihn mit Hülfe des Frenkel'schen Gürtels, der um die Taille gelegt ist und Handgriffe trägt. Wenn der Kranke sich nur mit Hülfe eines Stockes aufrecht halten kann, so erlaubt man ihm den Gebrauch desselben wenigstens im Anfang der Behandlung. Die entsprechenden Übungen sind:

1. Unbeweglich aufrecht bleiben, die Füsse etwas auseinandergespreizt, die Hände an die Hosennaht angelegt. Verbleiben in dieser Stellung zirka 1—2 Minuten;

2. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

3. Stehen bei gespreizten Füssen und dabei mit den Armen leichte gymnastische Übungen (Strecken der Arme nach vorwärts, aufwärts und abwärts) ausführen;

4. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

5. Beugen des Körpers nach vorn, links, rückwärts und rechts; mit dem Kopfe einen Kreis beschreiben;

6. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

7. Sich langsam niedersetzen und wieder aufstehen;

8. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

9. Bücken des Körpers nach vorn, um mit den Fingerspitzen die Fussspitzen zu berühren;

10. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

11. Sich auf den Fussspitzen aufrecht halten;

12. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

13. Sich aufrecht halten bei gebeugten Knieen;

14. Dieselbe Übung bei geschlossenen Füssen;

15. Bei gebeugten Knieen mit den Armen gymnastische Übungen auszuführen;

16. Sich auf einem Bein aufrecht halten;

17. Sich auf einem Bein halten bei leicht gebeugtem Knie.

Übungen der Fortbewegung:

1. Während des Stehens langsam einen Fuss um die Länge eines Schrittes vorstellen. Diesen Fuss wieder an seinen Platz zurückbringen, indem man ihn mit einem Ruck zurückbringt. Denselben Fuss nach rückwärts setzen und wieder in die Ausgangsstellung. Den Fuss in der Länge eines Schrittes nach seitwärts stellen und dann wieder an seinen Platz zurückbringen. Um diese Übung mit mehr Exaktheit machen zu lassen, thut man gut, mit Kreide die Ränder der Sohle, genau an der Stelle, wo der Kranke seinen Fuss aufsetzen soll, aufzuzeichnen. Diese Übungen sind abwechselnd mit jedem Fuss zu wiederholen;

2. Einen Fuss vor den anderen setzen auf derselben Linie und dabei im Gleichgewicht zu bleiben;

3. Zwanzig Schritte nach vorwärts machen. Die Füsse dabei sanft aufsetzen und den Boden mit der ganzen Oberfläche der Fusssohle berühren. Der Kranke soll seine Schritte mit lauter Stimme zählen;

4. Gehen auf einem Strich;

5. Nach rückwärts gehen;

6. Nach seitwärts gehen;

7. Gehen mit grossen Schritten;

8. Gehen mit gebeugten Knieen;

9. Auf den Fussspitzen gehen;

10. Gang auf Kommando mit plötzlichem Halt und plötzlicher Änderung der Richtung;

11. Gang mit Hindernissen. Man legt Holzstücke auf den Boden in gleicher Entfernung von einander. Der Kranke muss über diese Stücke weggehen, ohne sie zu verschieben;

12. Sich von einem Stuhl erheben, ohne sich mit den Händen zu unterstützen; sich langsam niederlassen, ohne sich fallen zu lassen;

13. Übung im Aufsteigen und Absteigen einer Treppe, mit und ohne sich am Geländer zu halten.

Übungen im Sitzen:

1. Abwickeln der Fusssohlen und Aufsetzen der Fussspitzen;

2. Berühren bestimmter Punkte mit der Fussspitze;

3. Nachfahren aufgezeichneter Kreise, Vierecke, Sechsecke;

4. Auffangen hin- und herpendelnder Kugeln mit der Fussspitze.

Auch für die Behandlung der Ataxie der oberen Extremitäten hat Frenkel eine Reihe von Bewegungen vorgeschrieben, die meist an zweckmässigen Apparaten ausgeführt werden. Dieselben werden seltener in der Praxis in Frage kommen.

„Es sind dies Einzelbewegungen der Finger und Hände: „Beugen, Strecken, Spreizen. Berühren der einzelnen

„Fingerkuppen mit dem Daumen, Verschränkungen der „Finger dabei. Nachfahren vorgezeichneter Figuren. Führung „eines Schreibstifts in einer Rille, schliesslich auf einer „Kante. Nachzeichnen vorgezeichneter Striche, Kreise oder „Figuren auf Papier. Hinstossen auf vorgehaltene Gegen„stände. Auffangen pendelnder Kugeln. Berühren einzelner „auf einem Brett angeordneter Klötzchen oder Vertiefungen „in wechselnder Reihenfolge auf Kommando. Einstecken „von Stöpseln in Löcher. Sortieren von Holzscheiben oder „Geldstücken. Fingerübungen wie beim Klavierspielen und „Geldzählen. Schliesslich noch Schreib- und Zeichenübungen" (nach Erb).

Goldscheider empfiehlt diese Übungen, wie anfangs auch Frenkel, recht dringend für die Praxis. Jakob[1]), der analog zu den von Frenkel für die oberen Extremitäten auch für die unteren Extremitäten Apparate konstruiert hat, glaubt die Behandlung, wie neuerdings auch Frenkel, Spezialanstalten vorbehalten zu sollen. Bei der Einfachheit des Prinzipes und der einzelnen Übungen, die ich im Vorstehenden fast vollständig aufgezählt habe, scheint mir das Verfahren doch auch für die Praxis recht geeignet, zumal doch nur von einer häufigen Wiederholung der Übungen dauernde Vorteile zu erwarten sind. Von 4 Fällen, die ich damit behandeln konnte, sind 3 wenigstens vorläufig sehr gebessert.

Von Nägeli wurden seinerzeit eine Anzahl „Handgriffe" angegeben, die er zu einer therapeutischen Methode ausgebildet hat. Das Prinzip derselben ist eine gewaltsame Dehnung an den erkrankten oder schmerzhaften Parthieen seitens beider Hände des Operateurs, die eine gewisse Zeit lang ausgehalten werden muss. Sie werden bei den verschiedensten Zuständen empfohlen und wirken teils kreislaufbefördernd,

1) Angegeben sind der Pendelapparat (Hineinfahren des Kranken mit der Fussspitze in einen pendelnden Ring), Gitterapparat (wie eben, aber in die Öffnungen eines verstellbaren, aus weichen Stoffen hergestellten Gitters), das Fusskegelspiel, Laufbretter und Barren sowie Treppe. Die Apparate können leicht improvisiert werden.

teils rein mechanisch durch Druck und Zug. Wegen der Details verweise ich auf seine 1894 erschienene Monographie. Ein Teil der Wirkungen beruht hier auf Suggestion, während für manche Fälle ihnen eine auf Nervendehnung, Zirkulationsförderung etc. beruhende reale Einwirkung nicht abzusprechen ist. Ich selbst habe öfter von ihnen Gebrauch gemacht, aber ohne besondere ermutigende Resultate.

Als eine fernere bei der Behandlung von Nervenkrankheiten gebräuchliche Einwirkung möchte ich hier der Suspensions-Methode Erwähnung thun, welche gleich der eben erwähnten Art der Behandlung nur für gewisse Klassen von Rückenmarkskranken sich in Gebrauch erhalten hat. Die Instrumente, deren man dazu bedarf, sind einfach.

Ein Sayre'scher Suspensionsapparat, an dem man die Achselstücke nach Vorgängen von Mitchell durch Ellenbogenstützen ersetzen kann, wird dazu benutzt. Während man früher den Kranken bis zum freien Schweben emporzog, ist man in neuerer Zeit davon zurückgekommen und übt die Suspension vorzugsweise im Sitzen aus, was für den Kranken bedeutend bequemer ist, und die Zeitdauer der einzelnen Behandlung zu verlängern ermöglicht, dabei aber jede Gefahr, die bei der früheren Anwendungsart nicht ausgeschlossen war, vermeiden lässt. Um die Zugkraft zu messen, bedient man sich vielfach voluminöser Apparate (nach Sprimon, bei Bechterew und Worotynsky). In einfachster Weise kann man durch Einschaltung einer Federwage zwischen Flaschenzug und Querstück (Aug. Hoffmann) den angewandten Zug direkt messen, denselben steigere ich nicht über 40 kg. Die Dauer der Sitzung beginnt mit 2 Minuten und kann bis zu 20 Minuten erhöht werden, doch haben sich mir Sitzungen von 6—7 Minuten als ausreichend erwiesen, längere Anwendung verursacht mitunter Kopfdruck und stärkere Ermüdung. Die Suspension muss natürlich stets vom Arzte selbst vorgenommen und überwacht werden, auch sie ist in der täglichen Praxis ausführbar. Contraindicationen sind schwere Veränderungen des Gefässsystems, akute, spinale und meningeale Prozesse. Die

häufig beobachtete günstige Wirkung stellt man sich als durch Erleichterung der Zirkulation im Wirbelkanale hervorgerufen vor. Neuerdings haben Gilles de la Tourette und Chipault eine besondere Art der „Rückenmarksdehnung“ vorgeschlagen, durch gewaltsame Beugung der Wirbelsäule. Durch experimentelle Untersuchungen gelangten sie zu der Überzeugung, dass durch starke Beugung eine wirkliche Dehnung des Rückenmarkes und der Cauda equina zu bewerkstelligen sei. Die Verlängerung beträgt ca. 1 cm und erstreckt sich besonders auf die hinteren Teile des Markes. Bei der Ausführung lassen die Autoren den Patienten auf einem mit Lehne versehenen Tisch Platz nehmen, wobei die Beckengegend an der Lehne, die Oberschenkel auf den Tisch festgeschnallt werden, sodann wird durch ein System von Riemen der Oberkörper erfasst und nun vermittelst eines Flaschenzuges maximal zu den Oberschenkeln hingebeugt. Durch ein Dynamometer wird die Zugkraft gemessen, welche zwischen 60 und 80 kg schwankt. Die Erfolge dieser Behandlung werden von den Urhebern der Methode sehr gerühmt, es sollen den etwa 35 - 40% Misserfolgen bei der Suspensionsmethode, nur 25% bei der Beugungsmethode gegenüberstehen. Meine eigene Erfahrung erstreckt sich nur auf einen Fall, bei welchem 8 Sitzungen keine Besserung, wohl aber eine nachweisliche Verschlimmerung der Ataxie erkennen liessen. Die Blasenfunktion dagegen wurde günstig beeinflusst. Jedenfalls würde man zu einer so gewaltsamen Kur in der Praxis nicht ohne weiteres raten können. Ferneren Nachprüfungen der Methode, von welchen von deutschen Forschern bisher nur Eulenburg gutes zu berichten hatte, muss es überlassen bleiben, ihr einen Platz unter den Heilmethoden zu sichern oder zu versagen.

Die von Bonnuzzi Blondel und Benedikt angewandten Beugemethoden, um dadurch eine Nervendehnung hervorzubringen, können wir, da ihre Wirkung unsicher und sie nicht ohne Gefahren für den Patienten sind, als für die allgemeine Praxis nicht geeignet hier übergehen.

Die Suggestion und Hypnose.

Rossbach zählt die Suggestions- oder Hypnose-Behandlung ebenfalls zu den physikalischen Heilmethoden, und so möge sie, trotzdem sie als psychische Heilmethode eigentlich eine ganz besondere Stellung einnimmt, auch hier ihren Platz finden. Seit dem vorigen Jahrhundert unter den Namen Magnetismus, Braidismus in den Händen der Laien als Kurmittel stellenweise gebräuchlich, datiert ihre Einführung in den ärztlichen Heilschatz streng genommen erst seit dem Erscheinen des Bernheim'schen Buches über die Suggestion, sowie seit den eingehenden Studien Charkot's über die Hypnose. Wenn man heute die Frage nach der Realität der Erscheinungen in der Hypnose im positiven Sinne als erledigt betrachten kann, speziell auch durch die Versuche Haidenhains, so ist die Frage der Anwendung der Hypnose in der Praxis noch der Kontroverse unterworfen. Während auf der einen Seite begeisterte Lobredner Alles, selbst „die secernierenden Drüsen des Darmes" durch die Hypnose günstig beeinflussen zu können glauben, stehen andere der Heilwirkung derselben vollständig skeptisch gegenüber. F. Schultze hält die Anwendung der Hypnose aus ethischen Gründen nicht für den Arzt ratsam.

Meine Ansicht, die ich mir auf Grund langjähriger Anwendung des Heilverfahrens gebildet habe, geht dahin, dass die Hypnose wohl geeignet ist, einzelne Symptome günstig zu beeinflussen, ebenso in manchen Fällen von Hysterie, namentlich bei Kindern, radikal günstig zu wirken. Nach Goldscheiders Theorie soll die auf einen Nervenbezirk gerichtete Aufmerksamkeit den von ihm so genannten „Schwellenwert" der Neurone verändern und so sich eine reale Wirkung der Suggestion erklären lassen. In der Mehrzahl der Fälle sind aber die Erfolge nicht von Dauer. Auch können die Wirkungen der Hypnose durch eine zielbewusste Wachsuggestionsbehandlung in auskömmlichem Masse erreicht werden. Gerade bei krankhaften Zuständen, bei denen wir es mit sehr

intensiven Autosuggestionen zu thun haben, wie bei den Neurasthenischen versagt die Hypnose meistens. Die Ausübung, wie sie auch heute noch üblich ist, ist eine einfache. Zunächt muss der Arzt mit voller Überzeugung handeln und nicht die Spur eines Zweifels in allen seinen Äusserungen verraten, eine Vorbedingung, deren Nichterfüllung man das Nichteintreten der Hypnose häufig zuzumessen hat. Der Kranke nimmt auf einem Lehnsessel oder auf einer Chaise longue Platz in einem möglichst ruhigen, nicht zu hellen Zimmer. Man macht ihn nun entweder vorher auf die subjektiven Erscheinungen, Schwere in den Augenlidern u. s. w. aufmerksam und lässt ihn dann eine Zeit lang einen Gegenstand, den man in der Höhe der Augen hält, fixieren, oder man suggeriert ihm während des Hynotisierens die Erscheinung des beginnenden Schlafes. Bernheim giebt folgenden Hergang einer Hypnotisierung an:

„Schauen Sie mich fest an und denken Sie ausschliess-„lich an's Einschlafen. Sie werden gleich eine Schwere „in den Augenlidern fühlen, dann eine Müdigkeit in den „Augen; Ihre Augen blinzeln schon, sie werden feucht; Sie „sehen nicht mehr deutlich, jetzt fallen die Augen zu". „Bei einigen Personen tritt dies sofort ein, sie schliessen „die Augen und versinken in Schlaf. Bei anderen Personen „muss ich diese Versicherungen wiederholen und mit Nach-„druck wiederholen; ich füge noch eine Manipulation hinzu, „die von verschiedener Art sein kann. Ich bringe z. B. „zwei Finger meiner rechten Hand vor die Augen der be-„treffenden Person und lasse dieselben fixieren oder ich „streife mit meinen beiden Händen mehrmals in der Rich-„tung von oben nach unten über ihre Augen, oder ich „fordere sie auf, fest in meine Augen zu schauen, während „ich gleichzeitig alle ihre Gedanken auf die Vorstellung des „Einschlafens zu richten suche. Ich thue dies etwa mit „folgenden Worten: „Ihre Lider verschliessen sich, Sie „können Sie nicht mehr öffnen; Sie verspüren eine Schwere „in den Armen und in den Beinen; Sie hören nichts mehr; „Ihre Hände sind wie gelähmt, Sie können nichts mehr

„sehen, der Schlaf kommt über Sie“ und dann füge ich mit „gebieterischem Tone hinzu: „Schlafen Sie!“ Häufig ent-„scheidet dieser Befehl; der Kranke schliesst die Augen, „schläft oder ist wenigstens beeinflusst“.

In dieser oder ähnlichen Weise wird man, falls der Kranke überhaupt zu hypnotisieren ist, zum Ziele kommen. Während der Hypnose erfolgen die wirksamen Suggestionen, d. h. dem Kranken werden mit eindringlicher Stimme diejenigen Erscheinungen für das Erwachen vorausgesagt, die man als Heilwirkungen der Hypnose erwartet, also das Verschwinden von Schmerzen u. s. w. Ist der Kranke das erste Mal nicht zu hypnotisieren, so gelingt es vielleicht das zweite Mal, aber man vergesse nicht, dass jede misslungene Hypnose das Ansehen und die Autorität des Arztes bei dem Kranken wesentlich herabsetzt und dass weitere Massnahmen des Arztes einem erhöhten Misstrauen begegnen werden. Aus diesem für die Praxis unangenehmen Nebenumstand wird man leicht ermessen können, dass die Anwendung der Hypnose auch für den Arzt ihre persönlichen Schattenseiten hat. Erregte Naturen, leicht und tief zu hypnotisierende Patienten soll man nur vor Zeugen hypnotisieren.

Da der leichte Schlaf zur Heilwirkung meistens genügt, ja schon das Unvermögen, die Augen gegen den Befehl zu öffnen, so wird man in der Regel von tiefer Hypnose absehen. Dass nur dem Arzte die Ausübung der Hypnose als Heilverfahren überlassen bleiben soll, lehren vielfach vorgekommene an ungeschickte Hypnosen anschliessende üble Nachwirkungen.

Jedenfalls wird man unter allen Umständen versuchen, mit Wachsuggestionen auszukommen, das, was die erfahrenen Ärzte von Alters her anwandten, und nur vorsichtig von der eigentlichen Hypnose in geeigneten Fällen Gebrauch machen.

Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei einzelnen Krankheiten des Nervensystems.

Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden wird nach den bisherigen Darlegungen dem mit der Methodik vertrauten Arzte in der Praxis auch ausserhalb der Heilanstalten keine unüberwindbaren Schwierigkeiten bieten. Wie man unter Umständen mit den einfachsten Mitteln, wenn komplizierte Apparate und Einrichtungen mangeln und nicht zu beschaffen sind, improvisieren kann, wie auch mit einem bescheidenen Rüstzeug ein grosser Teil der gebräuchlichen Methoden dem Kranken zugeführt werden kann, ist besprochen. Natürlich bedarf es der Kenntnis und Übung, um wirklich nutzbringenden Erfolg zu haben, sowie eines etwas grösseren Zeitaufwandes seitens des Arztes.

Was nun die Indikationen im Speziellen anbetrifft, so wird man schon nach dem über die physiologische Wirkung der einzelnen Heilmethoden Gesagten keine allgemeinen, für jeden Einzelfall gültigen Rezepte verlangen dürfen. Das eigentümliche gerade auch dieser Methoden ist es, dass sie für jeden einzelnen Fall ein besonderes, durch die Individualität des Kranken modifiziertes Programm erfordern. Allen ist gemeinsam, dass ihre Anwendung von jeder Schablone frei bleiben muss; zwei an derselben Krankheit Leidende ganz gleich zu behandeln, ist fast immer bei mindestens einem fehlerhaft. Wie im Gesammtgebiet der inneren Medizin das Individualisieren die Hauptkunst des Arztes ist und bleiben wird, so auch ganz besonders bei der Anwendung der physikalischen Heilmethoden. Bei den einzelnen Kapiteln ist das Notwendige bereits darüber gesagt und wenn ich jetzt dazu übergehe, die einzelnen nervösen Krankheitsformen und die bei ihnen gebräuchlichen physikalischen Heilmethoden zu besprechen, so gelten doch alle Angaben nur dann zu Recht, wenn der Arzt unter ihnen nach der Natur des Kranken wählt, mit ihnen wechselt und sie in der richtigen Weise kombiniert. Dass sind Dinge, welche erst durch Übung und Erfahrung gelernt werden. Jedenfalls mache man es

sich zur Regel, stets mit den mildesten Anwendungen zu beginnen und je nachdem der Kranke es verträgt, zu stärkeren vorzuschreiten. So wird man wenigstens niemals schaden können und bei öfterer Anwendung die Sicherheit des Urteils schärfen.

Wenn ich die Nervenkrankheiten nach dem gewöhnlichen Prinzip einteile, so kommen zur Besprechung die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei

1. Peripheren Nervenkrankheiten,
2. Rückenmarkskrankheiten,
3. Gehirnkrankheiten (mit Einschluss der Geisteskrankheiten),
4. Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage.

Anwendungen bei Krankheiten der peripheren Nerven.

Die Krankheiten resp. krankhaften Erscheinungen im Bereiche der peripheren Nerven werden eingeteilt in die der sensibelen Nerven und die der motorischen Nerven. Erstere sind die Neuralgieen, Anaesthesieen und Paraesthesieen, letztere sind die Krämpfe und Lähmungen.

Bei Neuralgieen werden die physikalischen Heilmethoden seit langem mit Erfolg verwendet. Was die Anwendung der Hydrotherapie betrifft, so erweisen sich warme Umschläge, Wickelungen als schmerzstillend, umgekehrt wird auch der intensiven Kältewirkung unter Umständen ein günstiger Erfolg nachgerühmt. Während Runge und Romberg die Kälte als contraindiziert ansehen, stehen andere, so Erb, Edinger, Debanvais, Reddard auf einem anderen Standpunkte. Sie empfehlen auch bei Neuralgieen die Anwendung intensiver Kältereize, um die Erregbarkeit des Nerven herabzusetzen. Hier empfiehlt es sich zur Kälteerzeugung, ausser von der Eisblase und den kalten Douchen, namentlich von den in neuerer Zeit in die Therapie eingeführten, durch rasche Verdunstung

Kälte erzeugenden Mitteln Gebrauch zu machen. Es sind dieses ausser dem Ätherspray das Chlormethyl und das Chloräthyl, ersteres hauptsächlich bei Neuralgieen von Nerven, die einen grösseren Verbreitungsbezirk besitzen (Ischias, Steiner), letzteres bei oberflächlich belegenen Nerven anzuwenden. Beide Mittel sind in Tuben resp. Syphons käuflich, aus welchen sie sich beim Gebrauch direkt an die betreffende Hautstelle anspritzen lassen. Die sonstigen Methoden der Hydrotherapie kommen in der Praxis weniger in Gebrauch, nur bei Ischias hat man mit Packungen, warmen Bädern von langer Dauer, Salzbädern, günstige Erfolge erzielt. Die Wirkungen beruhen dabei auf Verbesserung des gesammten Stoffwechsels, sowie Erleichterung der Zirkulation in der Haut und dadurch Entlastung der tieferen Gefässe.

Das wichtigste Bekämpfungsmittel der Neuralgie ist zweifellos der elektrische Strom. Darin stimmen auch diejenigen, welche diesem Heilverfahren fast nur suggestive Wirkung sonst zuerkennen, überein. Die Art der Anwendung ist vorzugsweise die stabile Behandlung der Schmerz- und Druckpunkte mit der Anode. Die Elektrode darf nicht zu klein gewählt werden, zu empfehlen sind tägliche Sitzungen von 3—20 Minuten Dauer. Auch wird andererseits eine kräftige Erregung mittelst des faradischen Stromes empfohlen, mit Aufsetzen einer Platten- oder Pinselelektrode (Frankl-Hochwart). Die Wirkung des galvanischen Stromes beruht teils auf Polwirkungen (Anelektrotonus), teils auf den „katalytischen“, zumal auf den die Vasomotoren betreffenden Wirkungen des Stromes. Beide Ströme sollen zugleich „hemmend“ auf den Erregungszustand der Neuronzellen wirken. Der galvanische Strom ist stets schwach zu wählen. Der faradische kräftig und mit schnellen Unterbrechungen.

Die Gymnastik wirkt wohl nur bei den Neuralgieen der Extremitäten, namentlich, wenn sie im chronischen Stadium sich befinden, hie und da günstig. Ebenso kann man ältere Neuralgieen mit Massage behandeln, besonders

dann, wenn dieselben durch Druck von in Muskeln nachweisbaren Infiltraten hervorgerufen werden. Da die Muskelvenen mit den Nervenvenen in Verbindung stehen, so kann die Massage immerhin auch entlastend auf die Zirkulation in den Nervenstämmen wirken.

Noch kommen als Behandlungsmethode die Nägelischen Handgriffe, namentlich bei Neuralgieen am Kopfe in Betracht; dieselben wirken vorzugsweise zirkulationsbefördernd.

Anaesthesieen und Paraesthesieen als Folgen peripherer Erkrankung unterliegen ebenfalls der Behandlung durch warme, lokale Bäder, Umschläge, sowie durch Hautreize mittelst faradischer Ströme von mässiger Stärke. Auch eine Behandlung mit der Anode des galvanischen Stromes, sowie event. mit faradischen Bädern kann versucht werden.

Die auf einzelne Nervengebiete beschränkten Krämpfe bilden eine häufige, leider aber oft recht undankbare Veranlassung der Behandlung mit physikalischen Heilmethoden. Auch hier wird man mit warmen Bädern (32—35° C.) von 20—40 Minuten Dauer oder mit warmen Umschlägen und Einpackungen einzuwirken versuchen. Hie und da sah ich guten Erfolg von kräftigen kalten Douchen, so bei einem Fall von Krämpfen im Bereiche der Schultermuskulatur.

Der elektrische Strom ist von je her gegen lokalisierte Krämpfe empfohlen worden. Man nimmt die Ursprungsstelle des von Krämpfen befallenen Nervengebietes unter die Wirkung einer ziemlich grossen (25—50 qcm) Anode mit mässigem (2—7 *MA*) Strome und etwa 5 Minuten Dauer. Die Kathode wird auf das Brustbein gesetzt; am Schluss der Behandlung wird die Anode nach langsamen Auschleichen des Stromes abgenommen. Starke faradische Reize anzuwenden, hat selten Erfolg. Massage und eigentlich Heilgymnastik wirken ebensowenig sicher, im Gegenteil, da willkürliche Bewegungen mitunter krampfsteigernd wirken, wird man in den meisten Fällen wenigstens von letzterer absehen. Höchstens ist ein Versuch mit Übungstherapie zu

machen. Von der Suggestionsbehandlung sind keine dauernden Erfolge zu erwarten.

Ein wichtiges Kapitel bilden die Lähmungen durch Leitungsunterbrechungen im peripheren Nerven. Man kann darin zweifelhaft sein, in welcher Weise die physikalischen Heilmethoden auf die Wiederherstellung eines von seiner Ganglienzelle aus durch Erneuerung des Achsenzylinders sich regenerierenden Nerven einwirken, zweifellos aber ist durch einwandsfreie Beobachtungen und Versuche festgestellt, dass unter der Anwendung physikalischer Heilmethoden schnellere Heilerfolge erzielt werden, die die günstige Einwirkung direkt beweisen (E. Remak).

Während die Hydrotherapie höchstens in der Form von Umschlägen oder langen lauen Bädern in Anwendung kommt, steht hier der Elektrotherapie ein reiches, fruchtbringendes Arbeitsfeld zur Verfügung. Jedenfalls ist die Elektrizität zur Beurteilung des Grades der Erkrankung peripherer Nerven nach den von Erb und v. Ziemssen gefundenen Reaktionen unentbehrlich geworden.

Schon zur Stellung der Diagnose ist bei Lähmung motorischer Nerven eine elektrische Untersuchung des betroffenen Nervenmuskelgebietes unbedingt notwendig Wie schon erwähnt, tritt bei schweren Störungen im Bereiche des unteren Neuron Entartungsreaktion ein. Das Eintreten der Entartungsreaktion ist bei Erkrankung der peripheren Nerven für die Prognose ausserordentlich wichtig, da mit Entartungsreaktion verbundene Lähmungen zu ihrer Heilung mindestens Monate gebrauchen, während Lähmungen ohne Entartungsreaktion meistens in wenigen Wochen erhebliche Besserung und Heilung erfahren. Die heilende Wirkung der Elektrizität, welche früher nach Duchenne's und R. Remak's Untersuchungen wohl etwas überschätzt wurde, darf heute auch vor der nüchternsten Kritik doch eine gewisse Anerkennung beanspruchen. Gerade E. Remak's neuere Mitteilungen über elektrisch behandelte Radialislähmungen beweisen zur Evidenz, dass die elektrische Behandlung die Heilungsdauer günstig beeinflusst. Die

Methoden, welcher man sich bei der Behandlung peripherer Lähmungen bedient, sind die lokalisierte Applikation des faradischen Stromes, sowie die stabile und labile Kathodenbehandlung mit dem galvanischen Strom. Die Stromstärke im letzteren Falle wird bis zu 5 *MA* genommen bei einer Elektrode von 9 qcm. Mit dieser streicht man über die gelähmten Muskeln hin oder setzt sie für längere Zeit (2—3 Minuten) auf die gefundene Läsionsstelle des Nerven. Man kann diese Behandlung vielfach variieren, doch empfiehlt es sich für die Praxis, an einer bestimmten Methode festzuhalten. Mit der oben geschilderten Methode, welche ich gewöhnlich ein um den anderen Tag in Sitzungen von 6 Minuten Dauer anwende, bin ich meistens ausgekommen. Die Behandlung muss bei schwerer Lähmung unter Umständen monatelang fortgesetzt werden. Während es oft den Anschein hat, als ob der Anfang der Restitution durch die elektrische Behandlung bei schwerer Lähmung nicht wesentlich beschleunigt wird, so wird doch diese selbst, wenn sie einmal anfängt einzutreten, sehr rasch gefördert. Zugleich bewahrt die Anwendung des galvanischen Stromes, welchem von beiden unter allen Umständen die grösste, bei schweren Lähmungen wohl die alleinige, Wirksamkeit zuzuschreiben ist, die Muskeln vor weitgehender Degeneration. Die Art der Wirkung des Stromes erklärt man aus den „bahnenden“ und erregenden, die Ermüdung und damit die Schwäche beseitigenden, sowie aus den sog. katalytischen Wirkungen.

Eine besondere Erwähnung verdient noch die einfache und multiple Neuritis. Hier wird man mit der elektrischen Behandlung erst einsetzen, wenn die ersten stürmischen Erscheinungen verschwunden sind. Es wird selbstverständlich nur der galvanische Strom am Platze sein, da die nach faradischer Behandlung auftretenden Schmerz- und Reizerscheinungen hinlänglich beweisen, dass diese Stromart schädlich wirkt.

Die Anwendungen bei Rückenmarkserkrankungen.

Die Erkrankungen des Rückenmarkes sind in hervorragendem Masse Gegenstand der physikalischen Therapie. Vor allen steht die meistverbreitete der Rückenmarkskrankheiten, „die Tabes dorsalis“ bei der Behandlung im Vordergrund des Interesses. Alles, was über die Behandlung dieser Krankheit angeführt wird, kann mutatis mutandis auch für die übrigen chronischen Erkrankungen des Rückenmarkes gelten. Die akuten Erkrankungen des Rückenmarkes sind in den seltensten Fällen Gegenstand einer eingreifenden Therapie. Erst im Nachstadium tritt die physikalische Behandlung auch nach denselben Grundsätzen, wie bei chronischen Erkrankungen, in Wirksamkeit. Bei der Tabes, treten vornehmlich im sogenannten zweiten Stadium, im Stadium der beginnenden Ataxie, die Anforderungen einer konsequenten physikalischen Behandlung an den Arzt heran und merkwürdigerweise fast bei jedem besonders gerühmten Heilmittel wird diese Zeit als die günstigste der Einwirkung bezeichnet, woraus mit grosser Wahrscheinlichkeit zu schliessen ist, dass gerade die Zeit der beginnenden Ataxie auch wohl die günstigste Zeit für spontane Stillstände ist. Sei dem wie ihm wolle, von diesem Zeitpunkte an wird bei chronisch verlaufender Tabes an den Praktiker immer wieder die Frage herantreten, „was ist weiter zu thun“. Es können solche Kranke nun ihr Leben doch nicht in Bädern und Heilanstalten verschleissen, sondern auch in den häuslichen Verhältnissen muss therapeutisch eingewirkt werden. Somit liegt bei dieser Erkrankung ganz besonders dem Arzte ob, vertraut mit den physikalischen Heilmethoden und ihrer Anwendung zu sein und sie je nach Lage des Falles anzuwenden. Während bei dem Teil der Fälle, der überhaupt von vornherein die Tendenz hat, akuter zu verlaufen, die namentlich in den weniger gutsituierten Ständen häufiger vorkommen, wohl aus Mangel der Möglichkeit sich im Beginn der Erkrankung zu schonen, unsere Heilmethoden, ebenso wie alle anderen im Stich lassen, sind von ihnen jedoch

bei chronisch verlaufenden Fällen vielfach grosse Erfolge zu rühmen. Die Hydrotherapie tritt in Wirksamkeit durch Anwendung vornehmlich der milderen Prozeduren: der kalten Abreibung und des Halbbades. Letzteres kann lange Zeit täglich genommen werden, namentlich sind am Schlusse des Bades kühle Übergiessungen des Rückens förderlich. Vor Anwendung warmer Bäder und Dampfbädern muss gewarnt werden. Von der Einwirkung der Elektrotherapie auf chronische Krankheiten des Rückenmarkes sind manche Forscher nicht überzeugt und doch nennt Erb, der die reichsten Erfahrungen auf diesem Gebiete besitzt, noch in seiner neuesten Besprechung der Tabestherapie die Elektrizität ein „mächtiges physikalisches Heilmittel". Mag man auch keine bestimmte Vorstellung haben, in welcher Weise ein erkranktes Rückenmark vom galvanischen Strome, welcher durch dasselbe geleitet wird, beeinflusst wird, ein günstiger Erfolg einer galvanischen Behandlung ist häufiger zu beobachten. Die Behandlung besteht darin, dass der galvanische Strom vermittelst einer auf das Sternum oder in den Nacken gesetzten 6 × 12 cm grossen Elektrode eingeleitet und durch eine ebenso grosse, zunächst handbreit unter der im Nacken befindlichen aufgesetzten und dann nach je 1 Minute in 3 Etappen von je einer Elektrodenlänge nach abwärts verschobenen Elektrode ausgeleitet wird. Ein Fall von Tabes ist mir für die Wirkung dieser Behandlung lehrreich gewesen, bei welchem ich niemals ein anderes Heilverfahren, wie das eben beschriebene, angewandt habe. Hier zeigte sich eine speziell auf die Darmkrisen bezügliche ausserordentlich günstige Wirkung. Da der Fall an sich mit geeignet scheint, eine direkte Heilwirkung der Elektrizität auf das Zentralnervensystem zu beweisen, möge er kurz hier Erwähnung finden.

Ein 40jähriger Kaufmann, vor 13 Jahren L., erkrankte seit 4 Jahren, nachdem schon einige Jahre „Ischias"-Schmerzen in den Beinen vorausgegangen waren, an anfallsweise und ganz plötzlich eintretenden Diarrhoeen, die so schnell eintraten, dass es ihm, namentlich nachts, unmöglich

war, sich rechtzeitig zu erheben. Der betreffende Herr, welcher 3 Jahre lang über jeden Stuhlgang Buch geführt hat, hatte innerhalb dieser Zeit, trotz der verschiedensten Bade- und Diätkuren, — es wurden von einer Seite 14 Mahlzeiten im Tage verordnet — suggestiver und medikamentöser Behandlung, nie eine mehr als 7 Tage im Durchschnitt währende Pause in diesen so quälenden Anfällen. Die Tabes ist dabei von allen Untersuchern übersehen worden. Als ich ihn zum ersten Mal untersuchte, bestand leichte Pupillendifferenz und Starre. Fehlende Patellarreflexe, sowie beginnende leichte Ataxie, ferner ist noch zu bemerken, dass er das Jahr zuvor an einer Augenmuskellähmung litt. Da alle angreifenden Prozeduren, namentlich auch Hydrotherapie und Bäder den Eindruck gemacht hatten, dass jede starke Erregung des Körpers die Anfälle steigerte, so wurde ich dadurch veranlasst, mich vorläufig abwartend zu verhalten und behandelte den Kranken mit dem wenigst angreifenden Mittel: nur mit Galvanisation des Rückens. Gleich im Beginn der Kur trat eine Pause von mehr als 40 Tagen ein, dann folgten 5 Wochen, in welchen mehrfach Durchfälle eintraten, von da an aber kamen unter Fortsetzung der Behandlung, die. später durch sechswöchentliche Badekur in Nauheim unterbrochen wurde, eine bis jetzt über 280 Tage sich erstreckende Zeit, in der nicht ein einziger Anfall von Diarhoeen zu verzeichnen ist. Hier ist ein Fall, auf welchen in intensivster Weise vorher suggestiv mit und ohne die merkwürdigsten Verordnungen eingewirkt wurde, bei Anwendung der Elektrizität in kaum fühlbarer Weise doch erheblich und andauernd gebessert worden.

Ausser der Galvanisation des Rückenmarkes, die sich lange Zeit ohne die Gefahr eines Schadens für den Patienten durchführen lässt, obwohl es in den meisten Fällen geraten ist, nach 4—6 Wochen eine längere Pause eintreten zu lassen, empfiehlt sich am meisten noch die von Rumpf in erster Linie empfohlene faradische Behandlung, welche darin besteht, dass Rücken und Beine des Patienten etwa 10 bis 20 Min. lang mit der faradischen Bürste, durch die ein Strom,

welcher eben im Stande ist, von den Nerven aus kräftige Kontraktionen der Muskeln zu erregen, bearbeitet werden. Es wird dabei auf die von dort aus auszulösenden reflektorischen Wirkungen im Sinne der Bahnung und Hemmung (Erner, Goldscheider) im Rückenmark gerechnet, sowie auf gefässerweiternde Wirkungen. Derartig starke Erregungen der Sensibilität an den Beinen sind überhaupt bei Tabes oft von günstigen Wirkungen gefolgt, so beobachtete ich bei einem Patienten, dass er jedesmal nach einer eingehenden Sensibilitätsprüfung, die mit vielfachen leichten Nadelstichen verbunden war, äusserte, bedeutend besser gehen zu können. Wie weit dabei die Suggestion eine Rolle spielt, mag hier unerörtert bleiben. Auch gegen die bei der Tabes vorkommenden laryngealen, gastrischen und Mastdarmkrisen hat eine lokale galvanische oder faradische Behandlung mitunter Nutzen aufzuweisen. Die Massage wirkt durch ihren Einfluss auf die Ernährung der Muskulatur, namentlich bei grosser Schlaffheit und Schwäche derselben, mitunter günstig. Heilgymnastik, soweit sie in anstrengenden Übungen und Widerstandsbewegungen besteht, ist bei eingetretener Ataxie im allgemeinen nur zu widerraten. Mögen auch hie und da günstige Erfolge von solchen Kuren berichtet werden, so ist, wie Frenkel, Leyden und Goldscheider hervorheben, gerade der Ataktiker geneigt, übermässige Kraft bei jeder Bewegung aufzuwenden und wird durch die bei derartigen Übungen bei mitunter fehlendem Ermüdungsgefühl eintretende Übermüdung eher geschädigt, wie gefördert. Ganz anders steht es mit der Leyden-Frenkel'schen kompensatorischen Übungstherapie, die nach allgemein übereinstimmendem Urteil in allen Fällen beginnender Ataxie und auch in vorgeschrittenen Fällen versucht und gewissenhaft durchgeführt zu werden verdient. Die Suspensionsmethode weist in der jetzt allgemein befürworteten milden Form entschieden günstige Erfolge auf. Ich selbst verfüge über eine grosse Anzahl über viele Jahre hinaus dauernd gebliebener günstiger Erfolge, wie ich sie auf der Naturforscher-Versammlung in Braunschweig mitteilte.

Besserung der Ataxie, der Blasenstörung und der Schmerzen sind hier zu erreichen. Auch bei chronischer Myelitis sah ich davon günstige Erfolge. Die gewaltsame Dehnung des Rückenmarkes nach Gilles de la Tourette, in der Praxis anzuwenden, ist nicht zu raten. Die Anlegung von Stützkorsets muss dem damit vertrauten orthopädischen Spezialisten überlassen bleiben.

Bei allen chronischen Erkrankungen des Rückenmarks sei in erster Linie darauf hingewiesen, dass man mit den Methoden wechseln muss, Badekuren in Oeynhausen, Nauheim etc., die unter Umständen durch künstliche, kohlensaure Bäder zu Hause zu ersetzen sind, dazwischen schieben sowie genaue Beobachtung des Kranken, Regelung von Diät und Lebensweise auch im Speziellen im Auge behalten muss.

Von den akuten Rückenmarkskrankheiten sei hier speziell die Polio-Myelitis ant. acuta infant. erwähnt, welche in der Nachbehandlung die Anwendung physikalischer Heilmethoden verlangt. Ich möchte dazu raten, schon 8 bis 10 Tage nach Ablauf der akuten Erscheinungen damit zu beginnen und zwar besteht dieselbe in labiler Anwendung, der Kathode galvanischer Ströme an den gelähmten Muskeln, wobei die indifferente Elektrode von etwa 5 × 10 cm auf die vermutete Läsionsstelle gesetzt wird, dazu täglich oder ein um den anderen Tag laue Salzbäder und wenn es die Intelligenz des Kranken zulässt, aktive und passive Gymnastik. Die zwei einzigen Fälle, welche ich sehr früh (in der ersten Woche) in Behandlung bekam, von denen der erste eine komplete Monoplegie des rechten Armes, der zweite eine totale Paraplegie beider Beine aufwies, sind beide ohne jeden Defekt vollständig geheilt, ein Resultat, was mich immer wieder zu einer möglichst frühzeitigen Behandlung bestimmen wird. In späteren Stadien wird die Behandlung vorwiegend eine orthopädische sein, die durch Elektrizität, Gymnastik, namentlich auch nach Thilo, und Massage unterstützt, oft noch ganz leidliche Resultate erzielt.

Noch anzuschliessen sind die mit Muskelschwund einhergehenden Krankheiten: Die spinalen, neuralen und myo-

pathischen Atrophieen resp. Dystrophieen. Die Behandlung ist bei dem progressiven Charakter der Krankheit rein symptomatisch und konservativ. Galvanisation und lokalisierte Faradisation der erkrankten Muskelparthieen scheinen die Ernährung der Muskeln zu befördern und dadurch das Leiden aufhalten zu können. Auch Massage und Gymnastik erweisen sich hie und da von Vorteil, doch ist auch hier vor Übermüdung zu warnen.

Die Anwendungen bei Gehirnerkrankungen.

Von den Gehirnkrankheiten unterliegen der Behandlung mit physikalischen Heilmethoden vorzugsweise die Hemiplegieen, seien sie durch cerebrale Kinderlähmung, durch Embolie, Thrombose oder Gehirnblutungen entstanden.

Im akuten Stadium wird man bei diesen Erkrankungen von einer physikalischen Kur absehen, wenn man nicht die auf den Kopf applizierte Eisblase dazu rechnen will, aber nach 5–6 Wochen, wenn der Kranke sich in der Rekonvalescenz befindet, bedarf es des Eingreifens. Von hydrotherapeutischen Prozeduren kämen nur laue Bäder in Betracht, wobei der Kopf stets mit einer kalten Kompresse zu bedecken ist. Die weitere Behandlung hat vornehmlich das Ziel, die Funktionen der Muskeln und Nerven zu erhalten und zu vermehren. Dazu wird man sich vorzugsweise der Elektrizität, der Gymnastik sowie der Massage bedienen. Die früher viel empfohlene Galvanisation am Kopfe, welche darin besteht, dass eine 7 × 14 cm grosse Anode auf die Stirn, eine ebenso grosse Kathode in den Nacken gesetzt wird, halte ich bei Stromstärke von nicht über 2 *M.-A.* und nicht über 3 Minuten Dauer für ungefährlich aber wenig wirksam. Mehr zu erwarten ist von einer lokalisierten Behandlung der Muskeln und Nerven der gelähmten Extremitäten mittelst des faradischen und galvanischen Stromes in Sitzungen von 5–20 Minuten Dauer,

die täglich oder alle 2 Tage wiederholt werden. Daneben sucht man durch Massage der gelähmten Glieder Stauungserscheinungen vorzubeugen, sowie durch reichliche passive und wenn möglich, aktive Gymnastik, deren Unterstützung man nach eingehender Unterweisung den Angehörigen überlassen kann, den beginnenden Kontrakturen entgegen zu wirken.

Bei der Behandlung von Geisteskrankheiten kommt vorzugsweise die Behandlung mit lauen Bädern in Betracht, so namentlich bei den zur häuslichen Behandlung unter Umständen geeigneten Formen von leichter Melancholie, (s. Ziehen, Bd. I, Heft 2 und 3 dieser Sammlung) doch wird, wenn eben die Umstände es ermöglichen, auch für diese Kranke ein Kuraufenthalt in einer geeigneten Anstalt für den Praktiker meistens anzuempfehlen sein. Denn geht die Rekonvalescenz nach einer gewissen Zeit nicht vorwärts, so ist der Entschluss eines solchen Aufenthaltwechsels immerhin ein schwieriger und für Patient und Angehörige enttäuschend. Nur ein mit der Psychiatrie wirklich vertrauter Arzt kann meines Erachtens es übernehmen, auch die milden Formen der psychischen Erkrankungen im Hause zu behandeln. Ist ersteres nicht der Fall, so möge er sich mindestens der Beihülfe eines Psychiaters vergewissern, zumal um dem Vorwurf, etwas versäumt zu haben, zu entgehen, wenn die Erkrankung sich als periodische (cf. Hoche, Bd I, Heft 8 dieser Sammlung) herausstellt und Recidive eintreten.

Die Anwendungen bei Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage.

Eine eigentliche Domäne der physikalischen Heilmethoden bilden die sog. funktionellen Neurosen, deren anatomische Unterlage nicht bekannt ist, vor allen die Neurasthenie und Hysterie. Mag man gerade bei diesen Krankheiten den suggestiven Einflüssen bei den Heilwirkungen den meisten Raum gewähren, so ist es doch min-

destens auffällig, dass dieselben hypnotischer und rein suggestiver Behandlung nur in den seltensten Fällen mit dauerndem Erfolg zugängig sind, dagegen unter dem Einfluss sachgemäss geleiteter hydriatischer, elektrischer, mechanotherapeutischer Kuren sehr häufig gebessert, in zahlreichen Fällen dauernd geheilt werden. Und nicht selten sind es gerade diejenigen Methoden, denen ein nur wenig in's Auge fallender äusserer Effekt beiwohnt, z. B. die Galvanisation mit schwachen Strömen, die also aller Voraussetzung nach am wenigsten suggestiv zu wirken instande sind, welche bei funktionellen Krankheiten häufig den grössten Erfolg aufzuweisen haben, grösseren, als solche Heilverfahren, die mit möglichst geheimnisvollen und nach aussen auffallenden Erscheinungen verbunden sind z. B. Franklinisation (Friedländer). Würde die Suggestion vorzugsweise massgebend bei Heilung dieser Krankheiten sein, so würde man entweder mit dem Hynotisieren resp. der Suggestionsbehandlung auskommen oder die Behandlung mit einem möglichst umfangreichen und komplizierten Instrumentarium in Verbindung bringen, um so noch mehr auf das Gemüt und Vorstellung der Kranken wirken. Beides aber ist bisher keineswegs ausreichend gewesen; weder sind die Erfolge der reinen Suggestionsbehandlung so verlockend, dass man auf weitere äussere Hülfsmittel verzichten möchte, noch bieten gerade die Anwendungen komplizierter, ins Auge fallender Methoden irgend welchen nachweisbaren Vorteil.

Wir kennen die anatomischen Grundlagen dieser Krankheiten nicht, können aber vermuten, dass dieselben in Veränderungen der Erregbarkeit (Neuronschwelle Goldscheider) vielleicht auch der Struktur oder des Chemismus der Nervenzellen resp. der Neurone bestehen. Diese Veränderungen führen vielfach auch zu objektiven Störungen, Steigerung der Reflexe, Pupillenerscheinungen (A. Westphahl), ferner Veränderungen der Zirkulationsorgane, die oft zu bedrohlicher Höhe anwachsen, sowie zu oft schweren Störungen des Allgemeinbefindens. So oft ich mich bemühte, durch Hypnose derartige Zustände zu beeinflussen

und ich habe mich jahrelang redlich bemüht, habe ich nie mehr als vorübergehende Erfolge erzielen können. Auch die einfache psychische Behandlung vermag zwar unter Umständen viel, jedoch nicht so viel, als wenn sie durch Anwendung weiterer physikalischer und arzneilicher etc. Heilmethoden unterstützt wird.

Dass die psychische Behandlung doch dabei von der allergrössten Wichtigkeit ist, ist selbstverständlich, zumal feststeht, dass die „Neuronschwelle“ durch psychische Reize verändert werden kann (Goldscheider). Zu dieser psychischen Behandlung gehört zunächst die genaueste Untersuchung sowie das Vermeiden von Allem, was geeignet ist, den Kranken ängstlich zu machen und namentlich sein Vertrauen, sei es zu dem Arzte, der ihn allgemein berät, oder zu dem, der ein spezielles Heilverfahren mit ihm vornimmt, zu erschüttern, Gebote, welche leider im praktischen Leben zum Schaden der Kranken nur zu oft ausser Acht gelassen werden. Mag der Wert oder Unwert einer Heilmethode einer wissenschaftlichen Diskussion unterliegen, mag ein berechtigter Zweifel über die Art der Wirkung oder Anwendungsweise vorhanden sein, den Neurastheniker, dem man, wenn auch nur mit einem Achselzucken das Vertrauen zu einer an sich unschädlichen Heilmethode nimmt, schädigt man unter allen Umständen schwer. Diese praktische Seite der Auffassung des Wertes der physikalischen Heilmethode muss Richtschnur beim Handeln bleiben und wirkt auch dieses oder jenes Mittel vielleicht in bestimmten Fällen nur suggestiv, wenn es nur dem Kranken Hülfe bringt, so ist dem Kranken und dem Arzte damit gedient. Alles Andere sind rein wissenschaftliche und theoretische Fragen, die bis zu ihrer Entscheidung vom Krankenbette fern gehalten werden sollten. Wenn ich die psychische Behandlung hier an erster Stelle erwähnt habe, so geht daraus hervor, welchen hohen Wert ich derselben beimesse. Dass sie wie ein roter Faden sich durch die Anwendung jeder Heilmethode schlingen muss, wie sie dem Individium angepasst werden muss und oft für die Wahl einer Kurmethode, wenn

wir individualisieren wollen, massgebend ist, ist stets zu beachten.

Von physikalischen Heilmethoden kommt zunächst die Hydrotherapie in Betracht und zwar sind vorzugsweise die morgendlichen, kalten Abreibungen anzuwenden. Dieselben sind mit anfänglich gelinden Temperaturen zu geben und können, werden sie gut vertragen, allmählich kühler genommen werden. Sie wirken erfrischend und belebend und wecken die Energie des Kranken. Die feuchte Einpackung hat eine beruhigende Wirkung. Die Schlaflosigkeit wird dadurch oft gebessert. Ganz besonders aber sind Halbbäder, die man ja durch Wahl der Temperatur, wie durch Ausdehnung der Dauer, sowie die damit verbundenen mechanischen Einwirkungen in ihrer Wirkung sehr variieren kann, bei der Behandlung der Neurasthenie und Hysterie heranzuziehen. Diese zum Teil beruhigenden und hemmenden, zum Teil erregenden und bahnenden Methoden bilden ein ganz hervorragendes Förderungsmittel bei solchen Kranken. Bei schwachen, heruntergekommenen Personen wird man zu Anfang der Behandlung von erregenden Anwendungen absehen müssen. Ausser der Allgemeinbehandlung bedarf es zur Bekämpfung lokaler hervortretender Symptome der symptomatischen Anwendungen. Kalte Sitzbäder von 5—10 Minuten Dauer und 8—20° C. bewirken Kongestionen nach den Abdominalorganen und dadurch Entlastung der übrigen Organe, sowie Förderung der Verdauung und sexuellen Leistungsfähigkeit. Für sexuelle Reizzustände sind wärmere und länger dauernde Sitzbäder indiziert. Die kurzen kalten Fussbäder sowie sonstige Kältereize an den Füssen (Barfussgehen) dienen bei den so häufigen Kongestionen zum Kopfe als Ableitungsmittel, und auch als allgemeines Erfrischungsmittel für das gesammte Nervensystem. Die Anwendung des Psychrophors erheischen sexuelle Schwächezustände, Sperrmatorhoe, Pollutiones Nimiae. So und in ähnlicher Weise wird man symptomatisch gegen verschiedene lokalisierte Beschwerden vorgehen. Auch Soolbäder sowie Kohlensäurebäder sind unter

Umständen angezeigt. Man vergesse nicht bei bestehenden Kongestionen zum Kopfe, um der Rückstauungs-Kongestion entgegen zu arbeiten, vor allen Anwendungen eine vorherige kalte Abwaschung des Gesichtes und Halses, in schweren Fällen auch das vorherige Auflegen einer Eisblase oder kalten Kompresse auf den Kopf zu veranlassen.

Die Elektrizität wird häufig zur Behandlung von funktionellen Neurosen namentlich in Heilanstalten herangezogen. Beard und Rockwell führten die allgemeine Faradisation d. h. die Bearbeitung der gesammten Haut des Patienten mit faradischen Strömen, deren Stärke nach der Empfindlichkeit der einzelnen Hautstellen bemessen wird, in die Therapie ein, ebenso die an anderer Stelle schon geschilderte zentrale und allgemeine Galvanisation. Von beiden wird man auch in der Praxis Gebrauch machen können. Denselben folgt bei öfterer Anwendung häufig Besserung des Schlafes und des Allgemeinbefindens. Der Galvanisation des Kopfes mit je nach der Individualität des Kranken ausgewählten schwachen Strömen D = 0,5—6 : 90 und Dauer von ½ bis 3 Minuten folgt in vielen Fällen von Cerebrastenie Erleichterung. Nach Loewenfeld wählt man bei anämischen Zuständen des Gehirns die Anordnung der Elektroden so, dass die Kathode auf der Stirn und die Anode im Nacken steht, sonst umgekehrt. Auch die Galvanisation am Halse wird namentlich bei Störung der Kreislauforgane häufig und selbst von Möbius empfohlen (insbesondere bei der Basedow'schen Krankheit, wo sie in sehr häufigen Fällen auffallend günstig zu wirken scheint). Die Behandlung sexueller Erregungs- wie Depressionszustände durch lokale, elektrische Behandlung wird vielfach gerühmt. Man kann den einen Pol von 18—25 qcm am Damm oder über der Symphyse aufsetzen oder den Pol in die Harnröhre in Form eines isolierten mit Metallknopf an der Spitze versehenen Bougies einführen. Zur Anwendung kommen bei äusserer Applikation beide Ströme, bei innerer nur der faradische Strom. Die Behandlung dyspeptischer Störungen durch Elektrisation des Magens scheint namentlich bei Fällen mit Magensaft

Sekretionsanomalien günstige Wirkungen zu sehen. Auch die Obstipation kann man durch Anwendung der Elektrizität bekämpfen. Man faradisiert energisch die Bauchwände vermittelst zweier Elektroden, die beide auf den Bauchwänden aufgesetzt werden oder von denen die eine knopfförmige in den After eingeführt wird. Dass der faradische Pinsel zur Beseitigung hysterischer Lähmungen, seien sie lokalisiert wo sie wollen, häufig gute Dienste leisteten, beruht wohl sicher auf für den Willen bahnenden und suggestiven Wirkungen. Doch wird diese Art der Erzielung eines suggestiven Effektes häufig als die gangbarste anzuwenden sein. Zu bemerken ist hier, dass es nicht darauf ankommt, Schmerz zu erzeugen, sondern darauf die Vorstellung einer Heilwirkung hervorzubringen. Letzteres ist das suggestiv wirksame.

Noch wäre hier der Anwendung der elektrischen Bäder zu bemerken, welche bei Neurasthenie und Hysterie als allgemein kräftigende Prozeduren in Anwendung kommen, ähnlich wie die allgemeine Faradisation. Man wird dem dipolaren Bade den Vorzug geben.

Massage und Heilgymnastik werden symptomatisch gegen Schwächezustände der Muskulatur vorgenommen, andererseits bilden sie einen Teil der von Weyr-Mitchell und Playfair in die Therapie der Neurosen eingeführten Mastkuren. Diese Kurverfahren bestehen in einer bei Bettruhe und Isolation durchgeführten forcierten Ernährung nach bestimmten Grundsätzen, bei denen Milch ganz besonders bevorzugt wird. Jedoch ist die Ernährungsart in jedem Fall individuell festzusetzen. Der Kranke darf sich in der ersten Zeit weder unterhalten noch sonst geistig beschäftigen, dabei wird die Nahrungsmenge von Tag zu Tag nach Möglichkeit gesteigert. Neben der gesteigerten Nahrungszufuhr sucht man den Stoffwechsel durch allgemeine Massage, passive Gymnastik, lokalisierte Faradisation anzuregen. Nach ein oder zwei Wochen wird allmählich aktive Gymnastik eingeführt und später geistige Beschäftigung, bis der Kranke wieder in seinen gewohnten Tageslauf eintritt.

Dieser Kur, welche oft enormen Zuwachs des Gewichtes in kurzer Zeit bewirkt, kommt neben der Aufbesserung des allgemeinen Körperbefindens auch erhebliche suggestive Wirkung zu. Sie als ein Spezifikum für Nervenkrankheiten zu betrachten, ist nicht angängig, sie ist ein Spezifikum für abgemagerte und heruntergekommene Individuen und bedarf bei ihrer Anwendung einer vorsichtigen Auswahl der Fälle.

Die Gymnastik an sich wird man zur Bekämpfung der oft diesen Kranken innewohnenden Energielosigkeit mitunter mit Vorteil verordnen. Auf die Methode kommt es hierbei nicht allzu sehr an, da man nur eine Erhöhung der Energie der Innervation und allgemeine Kräftigung der Körpermuskulatur erstrebt. Junge, kräftige Menschen mögen sich mit deutschem Turnen behelfen, die Zimmergymnastik (Schreber) bietet eine Menge von Übungen, die man je nach dem Zweck, den man mit der Gymnastik verbindet und der symptomatischen Wirkung, welche sie ausüben soll, falls es sich um Stuhlträgheit, Ableitung von Kopf etc. handelt, auswählen wird. Ebenso kann man je nach dem Zweck, den man damit verbindet, einen der vielen Zimmerturn-Apparate, sei es der Ruderapparat, Sachs Apparate etc. verordnen. Die Zander'sche Gymnastik wird man bei Neurasthenikern wegen der komplizierten Apparate und des mit der Anwendung verbundenen Lärmes, Staubes etc. weniger in Gebrauch ziehen. Noch zu warnen ist vor der schablonenmässigen Anwendung dieser Kur bei muskelschwachen, überarbeiteten und abgehetzten Individuen. Man wird nach meinen Erfahrungen häufig die Erschöpfungszustände nur steigern. Dagegen ist die mässige Ausübung eines Sports, wie Reiten, Ruder-, Radfahrsport als Gymnastik unter Umständen zu gestatten, zumal es die Kranken in die frische freie Luft führt.

Von den sonstigen funktionellen Neurosen kämen noch besonders die traumatischen Neurosen in Betracht, bei denen die physikalische Behandlung sich nach den für Neurasthenie und Hysterie eingeführten Grundsätzen richtet.

Die Epilepsie wird durch milde, kalte Wasserbehandlung, durch laue Halbbäder und Abreibungen neben den sonst notwendigen Heilmitteln mitunter günstig beeinflusst, auch kann man unter Umständen vorsichtige Galvanisation am Kopf, Hals und Rücken vornehmen, doch ist davon kein grosser Erfolg zu erwarten. Bei der Chorea dienen warme Bäder zur Beruhigung, vorsichtige Gymnastik vermag die Unruhe mitunter zu beseitigen, doch haben wir hier wirksamere Mitte, als dass wir uns von der ausschliesslichen Anwendung physikalischer Methoden allzu viel versprechen dürften. Tetanie, Myoclonie und Myotonie geben zur Anwendung physikalischer Heilmethoden selten Anlass. Bei der Paralysis agitans sieht man von warmen Bädern, namentlich aber von elektrischen Bädern (Erb) häufig guten Erfolg. Die Elektrotherapie hat keine besonderen Erfolge aufzuweisen und sie wirkt hier wohl vorzugsweise suggestiv, ebenso wie die mechanischen Heilmethoden. Die hier früher empfohlene Suspension findet bei Paralysis agitans keine Lobredner mehr. Von vasomotorisch, trophischen Neurosen sind die Basedow-sche Krankheit und die Migräne hier zu erwähnen. Dass die Basedow'sche Krankheit durch die elektrische Behandlung häufig gebessert werden kann, ist schon oben erwähnt, auch Abreibungen, Einpackungen und kräftigende Allgemeinbehandlung haben gute Erfolge. Die Anwendung der Gymnastik soll ebenfalls mitunter bei vorsichtiger Anwendung Erfolge gezeitigt haben, doch spielt die Suggestion hier, eine, wenn auch bescheidene, Rolle. Die Migräne wird durch Galvanisation am Halse, zuweilen günstig beeinflusst, auch Abreibungen und Sitzbäder wie ableitende Fussbäder haben symptomatischen Erfolg.

Als Beschäftigungsneurosen bezeichnet man eine Anzahl von Erkrankungen, die meist nach und bei übermässiger Inanspruchnahme gewisser Muskelgruppen bei bestimmten, einseitigen Funktionen bei dazu disponierten Individuen beobachtet werden. Man beobachtet Neuralgieen, Krämpfe und Lähmungen. Die Therapie dieser Zustände stimmt mit der bei den Krankheiten peripherer Nerven überein.

Besondere Wichtigkeit haben die **Beschäftigungskrämpfe**, insbesondere der Schreibkrampf. Bei dieser sehr hartnäckigen Krankheit sind völlige Wiederherstellungen selten. Massage, Gymnastik, Übungstherapie (**Goldscheider**) der befallenen Extremitäten werden von Vielen als besonders heilend gerühmt, ebenso die Behandlung mit dem galvanischen Strom, welche sich auf die von Krämpfen befallenden Muskelgruppen erstreckt. Auch der faradische Strom in lokalisierter Behandlung wird hie und da empfohlen. Da wir bei diesen wie überhaupt bei allen Krampfkrankheiten die genaue Lokalisation nicht kennen, so tappt die Therapie hier im Dunkeln. Da die höchste Wahrscheinlichkeit besteht, dass alle Krampfkrankheiten zentrale, wenn nicht zerebrale Lokalisation haben, so sollte man bei der Behandlung derselben nie eine Behandlung der Zentralorgane resp. Allgemeinbehandlung vernachlässigen. Sehr zu denken gab mir über die Lokalisation des Schreibkrampfes ein seit 20 Jahren bestehender, von berühmten Masseuren vielfach behandelter Fall von Schreibkrampf bei einem 52jährigen Herrn. Derselbe war in seiner Schreibthätigkeit ausserordentlich behindert. Da er nebenbei an Arteriosklerose nebst Myokarditis litt, kam im Sommer 1895 eine leichte Apoplexie, welche eine vorübergehende Lähmung resp. Schwächung der rechten unteren Gesichtshälfte sowie des Armes und Beines derselben Seite im Gefolge hatte. Die Lähmungserscheinungen im Arme und Beine gingen fast vollkommen zurück, das Merkwürdige aber war, dass der Kranke von da an wieder vollständig normal und ruhig mit der vorher vom Schreibkrampf befallenen und dann gelähmten Hand schreiben konnte. Es spricht dieser Fall sehr für eine für manche Fälle wahrscheinlich zentrale Entstehung des Leidens, woran die von den Masseuren gefundenen Knoten und Infiltrate in der Muskulatur nichts ändern, zumal da trotz deren angeblicher Beseitigung der Schreibkrampf oft noch fortbesteht. Durch die seitens der Apoplexie gesetzten Hemmungen wurden in diesem Falle die Erregungssymptome günstig beeinflusst.

Wenn ich zum Schluss noch einen Rückblick über das Gebiet der üblichen physikalischen Heilmethoden werfe, so komme ich zu dem Schluss:

1. dass eine grosse Anzahl physiologischer Wirkungen der physikalischen Heilmethoden festgestellt sind;

2. dass eine grosse Anzahl zuverlässiger Beobachter nach rationellen Anwendungen derselben Heilwirkungen, und zwar so häufig beobachtet haben, dass sie dieselben als von denselben abhängig erachten; als Ursache des grössten Teiles derselben müssen die organischen Einwirkungen derselben angesehen werden.

3. dass aber diesen Beobachtungen gegenüber ebenso Gründe für die Ansicht bestehen, dass ein aber geringerer Teil der erzielten Erfolge auf Suggestion beruht;

4. Weiterhin steht fest, dass die physikalischen Heilmethoden nach den massgebenden Grundsätzen mit hinreichender Übung angewandt, dem Patienten keinen Schaden zufügen können;

5. Dass auch in den bescheidensten Verhältnissen in der Praxis die Anwendung des grössten Teiles derjenigen Methoden, welchen vor allem eine Heilwirkung zugeschrieben wird, möglich und durchführbar ist.

Mehr Positives lässt sich aber auch leider über einen grossen Teil der sonstigen Heilmittel bei Nervenleiden nicht sagen.

Von der erweiterten Aufnahme der physikalischen Heilmethoden in die Klinik und damit von der erweiterten wissenschaftlichen Arbeit sind grössere Fortschritte in der Erkenntnis ihrer Wirksamkeit zu erwarten. Schon hat sich die Waldeyer'sche Neuronlehre ihr fruchtbar erwiesen, indem zuerst Goldscheider die Bedeutung der Reize im Lichte der Neuronlehre klarzustellen versuchte. Die von ihm eingeführte Theorie der „Neuronschwelle" ist allerdings imstande, den grössten Teil der Heilwirkungen auf Vergrösserung resp. Verkleinerung der Schwellenhöhe (Hemmung und Bahnung) zurückzuführen. Es ist hier

nicht der Ort, auf diese interessanten Erörterungen näher einzugehen.

Aus allem Angeführten geht also hervor, dass wir schon heute in der Lage sind, die physikalischen Heilmittel mit Nutzen für unsere Nervenkranken nicht nur in den Heilanstalten, sondern auch in der Praxis anzuwenden.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle a. S.

Die
Behandlung der Trunksüchtigen
unter dem bürgerlichen Gesetzbuch.

Von

Dr. Bratz
I. Assistenzarzt der Anstalt für Epileptische
der Stadt Berlin.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1898.

Sammlung

zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

herausgegeben
von

Dr. med. Konrad Alt,

Direktor und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

II. Band, Heft 5/6.

Halle a. S.
Verlag von Karl Marhold.
1898.

Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem bürgerlichen Gesetzbuch.

Inhalt:

Vorwort.

Wenn die folgende Darstellung, welche vom deutschen Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke mit einem Preise ausgezeichnet worden ist, Litteraturangaben auf das nothwendigste Maass eingeschränkt hat, so schuldet sie doch den grossen Werken über Alkoholismus, der einschlägigen periodischen Litteratur, den Berichten über die Jahresversammlungen des deutschen Vereins und über die internationalen Kongresse vielfache Anregungen. Ganz besonderen Dank für mündliche und schriftliche mir persönlich geschenkte Rathschläge und Mittheilungen darf ich an dieser Stelle aussprechen dem Herrn Regierungs-Präsidenten Freiherrn von der Recke, damals zu Cöslin, Herrn Landrath Dr. Behnes zu Meppen, Herrn Polizeirath von Bonin vom Polizei-Präsidium zu Berlin, dem Direktor der Berliner Anstalt für Epileptische, Herrn Dr. Hebold, Herrn Vorsteher Wetters in Salem sowie den Leitern fast sämmtlicher deutscher Trinkerasyle für freundliche Uebersendung ihrer Jahresberichte.

I. Die Behandlung der Trunksüchtigen nach deutschen und ausserdeutschen Erfahrungen.

Der Kampf gegen die Trunksucht, der sich an sehr zahlreichen und bereits schwer zu übersehenden Punkten abspielt, lässt dennoch zwei grosse getrennte Gebiete deutlich erkennen. Das eine umfasst die Gesammtheit der vorbeugenden Maassnahmen: die Besserung der Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der unteren Stände, Verminderung der Trinkgelegenheiten, Bereitstellung von Ersatzgetränken, Belehrung der Jugend und Erwachsenen, steuerpolitische Vertheuerung des Alkohols sollen das Übel an der Wurzel treffen, und den Konsum geistiger Getränke herabmindern. (Tuczek.[1])

Auch radikalere Vorschläge haben ihre Anhänger gefunden, so die Monopolisirung der Alkoholfabrikation durch den Staat und sogar die Erstrebung der Enthaltsamkeit für sämmtliche Volksmitglieder. Wir dürfen uns aber von vornherein nicht verhehlen, dass der ganze Kampf gegen die Trunksucht, vielleicht nicht zum wenigsten infolge der letzterwähnten Vorstösse unserer Heisssporne, in den weitesten Kreisen des deutschen Volkes herzlich wenig populär ist. Wer zu dieser Erkenntniss noch eines äusseren Beleges bedurfte, der konnte in der Tagespresse dieses Jahres verfolgen, mit wie viel grösserem Interesse der 10. deutsche Gastwirthstag begrüsst und geschildert wurde als die Jahresversammlung der vornehmsten Organisation des gegnerischen Lagers, des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke.

Mancher Gebildete, der sein Lebtag seinen Schoppen ohne Schaden an Gesundheit in Ehren getrunken hat, vermisst in den Schriften der Alkoholgegner völlig die Würdigung der Fülle von Humor und Poesie, die im Leben des Einzelnen wie

---

[1]) Tuczek, Die Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 30 Bd. 1898.

als Besitzthum der Nation unlösbar mit einem fröhlichen Trunk verknüpft sind.

Eine Verständigung zwischen den Parteien wird vollends unmöglich, wenn folgender Gesichtspunkt ausser Acht gelassen wird: Das menschliche Nervensystem bedarf ausser der eigentlichen Ernährung gewisser Reizmittel.

Ausser Alkohol sind in unseren Kulturländern zur Zeit besonders die Alkaloide des Tabaks, der Kaffeebohne und der Theestaude als solche in Gebrauch. Aussereuropäische Völker bedienen sich zum Theil völlig anderer Nervenreizmittel, deren manches wie z. B. das Opium in erheblich höherem Grade gesundheitsschädlich wirkt als der Alkohol. Wenn die Abstinanzbewegung sich überall eine Reihe Anhänger erworben hat, so ist dadurch allerdings bewiesen, dass in unseren Kulturländern nicht durchweg jedes Nervensystem des Alkohols bedarf. Müssen demnach bezüglich des Bedürfnisses nach diesem Reizmittel individuelle Abstufungen zugegeben werden, so ist damit im Einzelfalle noch gar nicht entschieden, welches Nervensystem von vornherein inferiorer ist, dasjenige mit oder das ohne den Trieb nach dem Alkohol.

In Europa z. B. gehören die Spanier und Italiener zu den mässigsten, Deutsche und Engländer zu den trinkfreudigsten Nationen.

Der Versuch, gleichmässig den Alkohol für sämmtliche Mitglieder einer grossen Gemeinschaft auszuschliessen, ist wiederholt gänzlich misslungen, und wo seine Verbannung für kurze Zeit ereicht wurde, ist an seine Stelle alsbald ein anderes Reizmittel, z. B. in Irland der verderbliche Aether getreten.

Man mag also unter den uns zur Zeit bekannten chemischen Stoffen auch dem Alkohol seinen Platz als einem werthvollen, wenn auch individuell verschieden begehrten Reizmittel belassen. Der Fortschritt des Kulturmenschen wird aber darin bestehen, hier wie sonst in der Befriedigung seiner Triebe die Beherrschung und Beschränkung an das selbstgewollte Maas zu erreichen.

Soweit wir in die Zukunft zu blicken vermögen, wird bei uns noch der Alkohol*missbrauch* seine verheerende Wirkung

ausüben und ebensolange werden wir auf dem zweiten grossen Kampfgebiete, in der Behandlung der Trunksüchtigen, zu thun haben.

Merkwürdigerweise begegnen wir auch hier einer weitverbreiteten Apathie. Auch die Ärzte, die täglich vom Alkohol bewirkte Gesundheitsschädigungen vor sich sehen, begnügen sich im Allgemeinen mit der Behandlung einzelner Krankheitszeichen, verzichten aber darauf, die Ursache derselben, die krankhafte Leidenschaft zu bekämpfen. Diese Resignation entspringt nicht allein den äusseren Schwierigkeiten, sondern vor allem der klinischen Anschauung, dass jede therapeutische Beeinflussung eines Trinkers bezüglich seines Grundleidens erfolglos sein müsse. Der alte Satz „qui a bu, boira" bedarf jedoch vielleicht einer teilweisen Revision.

Die Typen der Gewohnheitstrinker: der Arbeiter der seinen täglichen Lohn in Schnaps umsetzt, Frau und Kinder in Noth lässt und sie am Ende noch prügelt; der im gänzlichen Nichtsthun verbummelte Student, der die Hoffnungen und Ersparnisse seiner ganzen Familie zu nichte gemacht; der reizbar gewordene Zecher, der in der Kneipe nach einem Wortwechsel zum Messer greift — sie alle sind allgemein bekannt. Wer jahrelang mit Trinkern und deren Angehörigen beruflich zu thun gehabt, weiss zudem, dass lebenslänglicher Kummer und Elend für die Angehörigen häufiger noch von einem Trinker ausgeht, als von einem Irrsinnigen. Letzterer wird zu seiner Heilung oder zum Schutze der Umgebung nach Erfüllung der gesetzlichen Formalitäten in die Anstalt gebracht. Gegen einen Trinker aber, der ausserhalb des Rausches und der nächsten ihm folgenden Stunden oft noch eine erhebliche Intelligenz zeigt, rief man bei der bisherigen Rechtslage vergeblich Polizei und Gerichte zu Hilfe. Zumeist wird jedoch überhaupt keine Hilfe gesucht, denn in weiten Kreisen unseres Volkes fehlt noch die Erkenntniss, die in dieser Arbeit mit eingehender Begründung vertreten werden soll: ein Gewohnheitstrinker ist ein körperlich, geistig und sittlich Kranker, der nur in einer neuen, festgeordneten und moralisch gesunden Umgebung durch totale Abstinanz wiederhergestellt werden kann und auch weiterhin zur lebens-

länglichen Bewahrung der Enthaltsamkeit besonderen Schutzes bedarf.

Eine unübertroffene Schilderung des Alkoholismus in allen seinen sozialen und politischen Beziehungen verdanken wir Baer[1]. Eine sehr ausführliche klinische Analyse des Potators findet sich bei Kerr[2] sowie in den Forel'schen Schriften. Hier können nun diejenigen Qualitäten kurz herausgehoben werden, die für praktische Folgerungen in Betracht kommen werden.

Nach Kerr sind etwa 50% der Trunksüchtigen hereditär belastet, d. h. sie sind Kinder von Trinkern, Geistes- oder Nervenkranken. Als Folge dieser Belastung wird bei ihren Trägern ein von vorn herein inferiores Nervensystem angenommen, das allen Reizmitteln eher nachzugehen und leichter zu unterliegen disponirt ist. Solche Individuen werden häufig dem Alkohol sich ergeben, sobald sie ihn erlangen können, also sofort, sobald sie der Schule und Lehrzeit entwachsen sind.

Bei der andern Hälfte der Trinker und wohl auch zum Theil mitwirkend bei den Belasteten kommen verschiedene, ins Leben des Einzelnen eingreifende Momente in Betracht. Sicherlich geräth eine grosse Anzahl von Menschen auf die Bahn der Trunksucht einfach durch die häufig aufgedrängte Trinkgelegenheit, durch allmählige Gewöhnung. Hierher gehören manche, früh der Eltern beraubte, in schlechte Gesellschaft gerathene junge Leute, ein Theil der Kellner, Wirthe, Reisenden und ähnlicher Berufsarten.

Es scheint ferner, dass solche Inferiorität und Labilität des Nervensystems, wie sie bei hereditär Belasteten angenommen wird, auch im Leben des Einzelnen durch schwächende körperliche Erkrankungen oder schwere seelische Strapazen erworben werden kann. Als körperliche Schädigungen in diesem Sinne wirken auch schwere Traumen, besonders Kopfverletzungen. Während aber die Jugend bei jedem Fehlschlag von neuen Hoffnungen ihre Segel schwellen lässt, liegt es auf der Hand,

---

[1] Baer, der Alkoholismus 1878.

[2] Kerr, Inebriety or Narcomania. 3. Aufl. 1894.

dass solch ein tiefgehender Kummer, den die Flasche „betäuben“ soll, häufiger im späteren Lebensalter in Aktion treten wird. Es ist nun die herrschende Anschauung, deren praktische Verwendbarkeit übrigens noch durch eine grössere und nach gleichmässigen Gesichtspunkten gewonnene Statistik gesichert werden muss, dass die Trunksucht der hereditär Belasteten fester wurzele, schwerer zu bekämpfen sei, mehr zu Rückfällen neige als die erworbene Leidenschaft.

Weniger für die Beurtheilung des einzelnen Trinkers, als unter allgemeinen hygienischen und volkswirthschaftlichen Gesichtspunkten hat für uns die Artung der Nachkommenschaft des Alkoholisten ein Interesse. Unter den Sprösslingen von Trunksüchtigen finden wir in erschreckender Zahl einmal Idioten und Epileptische, zweitens jene in der zuerst normalen Entwickelung bald zurückbleibenden Kinder, denen erst in neuerer Zeit die öffentliche Aufmerksamkeit sich zugewendet hat, Kinder mit intellektuellen oder moralischen Defekten, die aus einer der unteren Klassen nicht herauskommen können, oder die durch Lügen, Unterrichtsversäumniss, Renitenz alle Mittel der Schuldisziplin fruchtlos erschöpfen.

Unter 830 idiotischen, epileptischen oder zurückgebliebenen Kindern des Pariser Instituts Bicêtre waren bei 75 Prozent Vater, Mutter oder beide Eltern dem Trunk ergeben. Man stellt sich vor, dass beim Säufer wie viele andere Gewebe des Körpers, so auch die Fortpflanzungsorgane durch die Alkoholvergiftung eine Schädigung erfahren. So hat Kerr wiederholt beobachtet, dass früher gesunde Eltern mit gesunden Kindern nach dem Verfall in Trunksucht neuropathische Nachkommenschaft erzeugten. In Anbetracht der weitgehenden Restitutionsfähigkeit der alkoholischen Organstörungen würde eine umfangreichere, auf diesen Punkt gerichtete Statistik künftig zu erweisen haben, ob Kinder, welche von früheren, jahrelang abstinent gebliebenen Trinkern gezeugt werden, die Wirkung der hereditären Belastung nicht mehr erkennen lassen.

Nach dem ganz entgegengesetzten Standpunkt Legrain's zeigen die Kinder die ererbten Spuren der Neuropathie auch

dann, wenn sie vor der Zeit geboren sind, in der die Eltern dem Alkoholismus anheimfielen.[1])

Es wird hier der Ort sein, einen raschen Überblick zu gewinnen, wenn nicht über den Einfluss des Alkoholismus auf die Degeneration der Menschheit überhaupt, so doch über die Summe der Aufwendungen, die derselbe schon heute der öffentlichen und privaten Wohlthätigkeit abnöthigt.

Bei den Trinkern im landläufigen Sinne des Wortes führt die fortgesetzte Alkoholvergiftung des Organismus zu verschiedenen körperlichen Störungen, ferner zu geistiger und gemüthlicher Abstumpfung und zu krankhafter Reizbarkeit. Wer mit der Behandlung Trunksüchtiger zu thun hat, dem muss nicht nur jener traurige circulus vitiosus vertraut sein, in dem der Magenkatarrh des Säufers zum Kräfteverfall und dieser zur trügerischen Stärkung der Lebensenergie durch die Flasche führt, er muss auch das Heer der sonstigen für augenblickliche und künftige Arbeitsfähigkeit höchst ungleichartigen Magen-, Herz-, Nieren- und Leberkrankheiten kennen, die Flüchtigkeit mancher äusserer Nervenschmerzen und -Lähmungen wie die hartnäckige, auch bei Abstinenz oft jahrelange Dauer von Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Schwindelgefühl.

Auf psychischem Gebiet ist bemerkenswerth, dass die allein einer Prüfung während einer mündlichen Unterredung unterliegenden Fähigkeiten wie Gedächtniss, Urtheilskraft und Phantasie wenig Einbusse zu erleiden pflegen. Wir müssen infolge dessen immer darauf gefasst sein, dass ein verkommener Trinker in dem Frage- und Antwortspiel eines Endmündigungstermins auf den Richter einen nicht ungünstigen Eindruck macht. Erst die sorgfältige Erforschung der ganzen Lebensführung, besonders der Arbeitsleistung, des Betragens gegen die Umgebung und die aus dem Resultat gezogene Bilanz des gesammten Wollens und Vollbringens deckt in solchen Fällen eine hochgradige Apathie gegenüber wichtigen Entscheidungen, dauernde Energielosigkeit, Verrohung und Explosivität des Charakters auf. Dazu kommt, dass während der häufigen Zu-

[1]) Darin, Rapports de l'alco deleatur solisme et de la folie 1896.

stände halber und völliger Trunkenheit das Gesammtbild der psychischen Persönlichkeit eine weitere sehr unangenehme Verzerrung erleidet, dass bei sonst „geistig normal“ erscheinenden Trinkern Wuthanfälle, vorübergehende Wahnideen wie unbegründete Eifersucht oft fast regelmässige Begleiterscheinungen der Rauschzustände bilden.

Diese Trinker im landläufigen Sinne des Wortes unterliegen zwar bisher, von einigen Ausnahmen abgesehen, keiner gegen ihre Trunksucht gerichteten Einwirkung, dennoch erfordern sie einen sehr erheblichen Aufwand an öffentlichen und privaten Mitteln. Immer wieder führen die Säufer körperliche Leiden ins Krankenhaus; die Habitués unserer Kliniken mit ihren Katarrhen, Rheumatismen, Beingeschwüren und ernsteren Leiden sind zum grössten Theile Polatoren.

Die Polizei muss sich sinn- und hilflos Betrunkener annehmen und zu diesem Zwecke zum Beispiel in Berlin*) im Jahre 6800 Männer und 750 Frauen sistiren.

Die Ausgaben der Lokal-Armenverwaltungen zur Unterstützung von Trinkern, die sich nicht selbstständig ernähren können, und an deren Angehörige machen einen beträchtlichen Bruchtheil der öffentlichen Lasten aus. Dabei kommt noch grade in dieser Beziehung nur ein geringer Procentsatz der überhaupt vorhandenen Trinker in Betracht. Mindestens $^3/_4$ derselben sind noch erwerbsfähig, und es finden sich nun im Leben alle Uebergänge von dem Familienvater, der seinen ganzen Verdienst vertrinkt, bis zu dem, der trotz der Befriedigung der Leidenschaft sich und seinen Angehörigen noch ein auskömmliches Dasein verschafft. Wir dürfen daher nicht aus dem Auge verlieren, dass die Entfernung eines verheiratheten Trinkers zwecks seiner Behandlung, auch wenn er seine Frau misshandelt, die Erziehung seiner Kinder verwahrlost, immerhin doch häufig die Familie ihres Ernährers berauben würde.

Unter den zahlreichen Organisationen privater Wohlthätigkeit, die sich mit Trunksüchtigen befassen, verdienen die Arbeiterkolonien unser besonderes Interesse. Nahezu 30

*) Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 1895.

Arbeiterkolonien, in allen Theilen des deutschen Reiches belegen, mit insgesammt ungefähr 3000 Plätzen sind bereit, Arbeitslosen Gelegenheit zur landwirthschaftlichen, handwerksmässigen und anderen beruflichen Beschäftigung zu geben, ihnen Kost und Logis und dazu noch einen geringen, nach der Arbeitsleistung bemessenen baaren Lohn zu gewähren. Der Arbeitslohn wird den Beschäftigten nicht zur freien Verfügung ausgezahlt, sondern in erster Linie zur Beschaffung anständiger Kleidung für die Entlassung verwandt. Die Pfleglinge verpflichten sich dafür, eine innerhalb weniger Monate schwankende Frist in der Anstalt zu bleiben, damit während derselben die Erziehungsarbeit die nöthige Zeit gewinnt, an denselben sich zu entfalten.

Sehr bald mussten nun die Arbeiterkolonien die Erfahrung machen, dass die Trinker das grösste Kontingent unter den Obdachlosen, Vagabunden und Heruntergekommenen stellen. Nach mancherlei Wiederwärtigkeiten hat man sich dann entschlossen, aus sämmtlichen deutschen Arbeiterkolonien die geistigen Getränke prinzipiell auszuschliessen. Heimliche Einführung von Schnaps etc. durch einen Pflegling hat sofortige Entlassung zur Folge. Mancher heruntergekommene Trinker hat sich während einiger in der Kolonie verbrachten Wintermonate besonders auch durch die erzwungene Abstinenz körperlich und geistig erholt. Es unterliegt aber keinem Zweifel: Sie alle fallen, sobald die Frühjahrssonne sie wieder in die Freiheit lockt, mit dem alten Bummelleben auch wieder dem Trunk anheim.

Eine weitere Instanz, in der öffentliche Mittel durch Trinker absorbirt werden, sind die Gerichte und Strafanstalten. Bei der Indolenz und Trägheit des Säufers kann uns die starke Wiederkehr von Bettelei und Arbeitsscheu, bei ihrer krankhaften Reizbarkeit die Häufigkeit von Vergehen und Verbrechen gegen die Person, wie Körperverletzung, Widerstand gegen die Staatsgewalt, Beleidigung etc. bei denselben nicht Wunder nehmen; durch umfangreiche statistische Erhebungen von Baer *) und Anderen sind diese Beziehungen in helles Licht gestellt.

*) Baer, Die Trunksucht und ihre Abwehr.

Den Trinker, der alle die aufgezählten Etappen, vielleicht in mehrfacher Wiederholung durchlaufen hat, der mit gänzlich zerrüttetem Nervensystem und tiefer moralischer Verkommenheit keine Aussicht auf Besserung seines Zustandes mehr bietet, ereilt nach bisher geltendem deutschen Recht jetzt erst zwangsweise Detinirung eben wegen seiner Trunkfälligkeit, und zwar im Arbeitshause.

Der § 361 des Strafgesetzbuches für das deutsche Recht lautet:

„Mit Haft wird bestraft

3) wer als Landstreicher umherzieht,

4) wer bettelt, oder Kinder zum Betteln anleitet,

5) wer sich dem Trunk, Spiel oder Müssiggang dergestalt hingiebt, dass er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalte oder zum Unterhalte derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muss."

§ 362 lautet:

„ . . . . . Bei der Verurtheilung (nach § 361, 3—8) kann zugleich erkannt werden, dass die verurtheilte Person nach verbüsster Strafe der Landespolizeibehörde zu überweisen sei. Die Landespolizeibehörde erhält dadurch die Befugniss, die verurtheilte Person entweder bis zu zwei Jahren in ein Arbeitshaus unterzubringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden."

Es geht aus den angeführten statistischen Erhebungen nun klar hervor, dass die Mehrzahl der detinirten Trinker diese letzte Station, das Arbeitshaus, nur noch verlässt, um nach kurzer Zeit direct oder auf dem Umwege über eine Strafanstalt zu ihr zurückzukehren.

Wir waren bei unserer Umschau ausgegangen von dem glücklicherweise gewöhnlicheren Typus des Trunksüchtigen, dessen körperlicher und psychischer Ruin sich im Allgemeinen unter den Augen seiner Angehörigen abspielt. Wir wollen hier nicht auf die Frage eingehen, ob die letztgenannten habituellen Bewohner unserer Strafanstalten und Arbeitshäuser nur eine spätere, unter der fortgesetzten Einwirkung des Alkoholmissbrauches gezeitigte Entwickelungsstufe des ersten Typus dar-

stellen, oder ob sie in der Mehrzahl aus schlecht veranlagten Individuen sich rekrutiren, die ihre Disposition sowohl auf die Bahn des Verbrechens wie der Trunksucht geführt hat. Jedenfalls müssen wir für die Praxis diese Gruppe der „kriminellen“, d. h. der wiederholt bestraften Trinker im Auge behalten, von denen in jedem Augenblick eine erneute Bethätigung ihrer kriminellen Tendenz zu gewärtigen steht.

Wir gehen in unserem Überblick weiter. Es ist bekannt, dass nach jahrelangem Alkoholmissbrauch zu den geschilderten Allgemeinwirkungen plötzlich eine innerhalb weniger Tage bis Wochen ablaufende, durch eigenartige Sinnestäuschungen charakterisirte Geisteskrankheit auftreten kann, das delirium tremens. Es ist ebenso bekannt, dass das delirium sich trotz jedesmaliger Genesung oft wiederholen kann. Nach diesen Delirien und auch ohne dieselben können sich ferner beim Alkoholisten auch länger dauernde und chronische geistige Störungen herausbilden. Die Deliranten werden zum Theil nur vom Hausarzte behandelt, zum Theil im nächsten Krankenhause, das einen Isolirraum besitzt. Seltener führt schon das delirium, dagegen gewöhnlich die erwähnten Geistesstörungen den Trinker in den Kreis einer neuen, unseren Betrachtungen unterliegenden Institution, in die Irrenanstalt. Die eigentlich irrsinnigen Trinker finden hier ihre sachgemässe Behandlung, sie scheiden damit gänzlich aus dem Rahmen unserer Erörterungen aus. Was wird jedoch aus den Deliranten? Oft schon vor dem Eintreffen in der Anstalt, das sich durch Erledigung der Aufnahmeformalitäten verzögert, jedenfalls aber kurze Zeit nach demselben ist der betreffende Kranke wieder völlig klar. Er fühlt sich alsbald höchst unwohl in der Gesellschaft seiner irrsinnigen oder verblödeten Gefährten und wird auf sein beständiges Drängen, schon weil die rechtliche Unterlage für die Anstaltsbehandlung bei Abwesenheit einer Geisteskrankheit fehlt, nach Ablauf einiger Monate als „geheilt“ entlassen. Ausserhalb der Anstalt ohne jede Fürsorge gelassen, fällt er alsbald wieder der Trunksucht anheim und kehrt nach Jahr und Tag mit einem neuen Delirium in die Anstalt zurück. Einen ziemlich vereinzelt dastehenden Versuch, Trinker nach der Entlassung aus der Irrenanstalt unter Aufsicht

zu behalten, hat die Stadt Berlin durch die sogenannte „Familienpflege“ unternommen. Die entlassenen Pfleglinge werden für eine monatliche Entschädigung von ca. 20 Mk. einer Familie in Kost und Logis gegeben, die die Pflicht übernimmt, die Kranken zu beaufsichtigen, und das Recht erhält sie in ihrem Interesse zu beschäftigen.*) Für Geisteskranke hat diese Institution sich zu grossem Segen entwickelt, bei Trinkern ist ihre Anwendung in Berlin gänzlich gescheitert;**) mögen die Verhältnisse der Grossstadt und besondere Inferiorität des Krankenmaterials den Misserfolg mit verschuldet haben, es gelang in keinem Falle einen Pflegling auf diese Weise vor Rückfall zu bewahren. — Trunksüchtige ganz anderer Art sind es, welche ihre Krämpfe in die Irrenanstalten oder wo solche bestehen, in Epileptikeranstalten führen. Das Material der letzteren hat für uns in mehrfacher Beziehung Interesse, auch wenn wir von der Erinnerung absehen, dass es sich hier zum grossen Theil um die Descendenz von Alkoholisten handelt.

Wir treffen hier einmal Individuen, die seit der Kindes- oder Jünglingszeit an Schwindel- und Krampfanfällen leiden und bei denen sich in höherem oder geringerem Grade Geistesschwäche herausgebildet hat. Solche Epileptiker neigen nun ziemlich häufig zur Trunksucht und können, wenn die Anfälle selten sind oder verheimlicht werden, im bürgerlichen Leben für einfache Trinker angesehen werden.

Zweitens sind hier zu berücksichtigen die sogenannten Alkoholepileptiker. Es sind hereditär Belastete und frühzeitig neuropathische Individuen, die der Trunksucht anheimgefallen und die unter der Wirkung derselben — oft neben einem Delirium — schwere Convulsionen erleiden. Von den Epileptischen unterscheiden sie sich sehr wesentlich dadurch, dass in der Anstalt bei Fortfall des Alkoholmissbrauchs keine Anfälle wiederkehren, und dass ihre Intelligenz relativ intakt bleibt. Der Hang zum Alkohol ist bei ihnen ausserordentlich stark, so dass sie auch nach jahrelangem Anstalts-Aufenthalt in der Regel sofort nach der Entlassung wieder dem Trunke anheim fallen

*) Bothe, Familiale Verpflegung Geisteskranker 1893.

**) Falkenberg, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1897.

und unter seinem Einflusse bald neue epileptische Anfälle erfahren.

Die öffentlichen Irrenanstalten Preussens werden mit Ausnahme zweier vornehmlich Unterrichtszwecken dienenden staatlicher Kliniken, von den Landarmenverbänden unterhalten nach Massgabe des Gesetzes vom 11. Juli 1891, nach welchem dieselben verpflichtet sind, für hilfsbedürftige Geisteskranke, Epileptische, Idioten, Taubstumme und Blinde in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen.

Seit Inkrafttreten dieser gesetzlichen Bestimmungen haben die Provinzen, da die Sachverständigen besondere Anstalten für die Unterbringung der Epileptischen am Meisten geeignet hielten, fast überall sich entschlossen, zu den vorhandenen Irrenanstalten noch eigene Epileptiker-Anstalten zu erbauen.

Sollte nun im deutschen Reiche unter der Wirkung des Bürgerlichen Gesetzbuches sich die Notwendigkeit einer öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige herausstellen, so wird in Preussen jedenfalls der Gang der Dinge der sein, dass den Provinzen auch die Fürsorge für hilfsbedürftige Trunksüchtige auferlegt wird.

Die Provinzen könnten dann dieselben entweder in Irren- und besser noch in Epileptikeranstalten unterbringen, oder aber sie müssten, wenn die Sachverständigen besondere Anstalten für geeignet halten, zu den schon vorhandenen Instituten noch wiederum Trinkeranstalten errichten.

In den Irrenanstalten werden im Gegensatz zu der schon erörterten baldigen Entlassung der meisten Alkoholisten nur manche kriminellen Trinker zurückgehalten, weil die Anstaltsleitung wegen ihrer Gemeingefährlichkeit Bedenken trägt, sie ohne weiteres wieder auf die Menschheit loszulassen. Sie bilden zusammen mit anderen Geistesschwachen und Geisteskranken die Kategorie der „irren Verbrecher", die einerseits durch ihre Rohheit und Verschlagenheit eine Plage der Anstaltsverwaltungen bilden, andererseits durch die Nöthigung zu Detentions- und Regressivenmassregeln die Behandlung der übrigen Kranken in empfindlicher Weise erschweren. Es besteht deshalb sogar mancherorts die Tendenz, die irren Verbrecher nach dem Muster

des Königreichs Sachsen in Spezialanstalten zu vereinigen mit der Massgabe, dass zu ihrer Errichtung der Staat verpflichtet sei, da diese Individuen nicht wegen ihrer Hilfsbedürftigkeit, auch nicht zur Besserung ihres Zustandes, sondern aus sicherheitspolizeilichen Gründen detinirt blieben.

Dass endlich auch die Descendenz der Alkoholisten die öffentliche oder private Wohlthätigkeit in Anspruch nimmt, zeigt schon ein Hinweis auf die Idioten- und Epileptikeranstalten. Um die Erziehung der Zurückgebliebenen besser fördern zu können, hat sich in allerjüngster Zeit auch die Stadt Berlin entschlossen, nach dem Vorbilde einiger rheinisch-westphälischer Städte, eigene Schulen für Schwachbegabte zu errichten.

Unsere Rundschau über die Wirkungen der Trunksucht hat uns neben den gewöhnlichen Alkoholikern die besonderen Kategorien der kriminellen, der epileptischen, der irrsinnigen Trinker aufgedeckt, die sämmtlich eine ihrer Eigenart entsprechende Behandlung erfordern; sie hat uns an der Hand der vielfachen von Säufern und ihrer Nachkommenschaft in Anspruch genommenen Institutionen die Lasten kennen gelehrt, die heute Staat, Provinz, Kommune und Private infolge des Alkoholismus zu tragen haben; sie hat uns endlich die Unterlage für eine Rechnung in die Hand gegeben, wie weit etwaige Forderungen der Zukunft für die Behandlung Trunksüchtiger einzelne dieser Faktoren neu beschweren, dafür aber andere in wirksamer Weise zu entlasten geeignet sind. Wir werden jetzt unter Festhaltung der gewonnenen Gesichtspunkte unser eigentliches, jetzt wesentlich enger umgrenztes Thema, die Behandlung der gewöhnlichen Trunksüchtigen, weiter verfolgen können.

Von den zahlreich angepriesenen inneren Mitteln hat kein einziges allein durch seine Anwendung einen Trinker von seiner Leidenschaft befreien können. Dass sie trotzdem immer wieder von Kurpfuschern angeboten und verkauft werden, beweist jedoch das tiefgehende Bedürfnis nach einer Behandlung der Trunksucht.

Wird dagegen ein Trinker in einer Anstalt oder an einer anderen geeigneten Örtlichkeit der Möglichkeit beraubt, seiner Leidenschaft zu fröhnen, so vollzieht sich allmählich eine sehr bemerkenswerthe

Umwandlung der ganzen Persönlichkeit. Von körperlichen Beschwerden sind nur bei ganz alten Säufern einige wenige pathologische Prozesse in Niere, Leber, Herz und Nervensystem nicht mehr der Restitution, wohl aber noch des Stillstandes in ihrem Verlaufe fähig; die übrigen Organstörungen schwinden nach Kerr in dem Zeitraum von einem halben bis zu 3 Jahren. Sehr langsam, zuerst vornehmlich parallel der organischen Gesundung des Zentralnervensystems verlaufend, später auch durch psychische Einwirkungen beeinflussbar, spielt sich der seelische Umschwung vor unseren Augen ab. Ein melancholisch Verstimmter, der monatelang trotz allen freundlichen Zuredens den steten Kummer über seine traurigen Familienverhältnisse nicht los werden konnte, wird wieder heiter und voll Selbstvertrauen; ein schlaffer, stets mit Mühe zur Thätigkeit angespornter Schwächling wird ein eifriger und zielbewusster Arbeiter; ein leicht zum Lachen, noch leichter zum Weinen geneigter, läppischer und rührseliger junger Mensch wird zum ruhigen und festen Mann; ein verkommener Spieler nimmt seine ehemaligen geistigen Interessen wieder auf; ein jähzorniger und roher Patron gewinnt wieder, was er früher hatte, bescheidenes und massvolles Wesen. Es lässt sich unter Berücksichtigung litterarisch niedergelegten Erfahrungen fixiren, dass zur ungefähren Vollendung und Festigung der skizzirten psychischen und moralischen Veränderung die Frist eines Jahres nothwendig ist. Es lässt sich allerdings nicht in Abrede stellen, dass bei manchen alten Säufern auch noch nach Ablauf dieses Zeitraumes bei Fortdauer der Abstinenz eine weitere Gesundung des Charakters sich beobachten lässt. Für praktische Ziele jedoch, die durch Ausnahmefälle nicht ihre Richtung erhalten dürfen, und die ohnehin eine Beschränkung auf das geringstmögliche Mass erfordern, dürfen wir diese mit einer bürgerlichen Zeiteinheit gut übereinstimmende Frist festhalten. Nach Ablauf eines Jahres kann also der Trinker, zu einer neuen Person umgewandelt, die Stätte verlassen, die ihm für diese Zeit Totalabstinenz und geeignet psychische Beeinflussung sicherte. Die Behandlung ist aber damit nicht zu Ende, vielmehr beginnt jetzt ihr schwierigster Theil. Es liegt in der Natur des Trunksüchtigen, auch wenn

er lange Zeit vor der Befriedigung seiner Leidenschaft bewahrt geblieben ist, dass er immer noch zum Rückfall in dieselbe neigt. Möglich ist die Verhinderung eines Rückfalles — darüber sind sich alle Erfahrenen einig — überhaupt nur bei totaler Abstinenz. Der Streit der Temperenzler und ihrer Gegner hat mit dieser Frage nichts zu thun. Mag man für den Gesunden mässige Dosen des Alkohols wie des Tabaks als ein bequemes Mittel ansehen, unser Sinnes- und das centrale Nervensystem und damit den Ablauf unserer Empfindungen und Vorstellungen, mit der Möglichkeit der feinsten Abstufung, angenehm zu beeinflussen, oder mag man aus volkshygienischen Gründen, um den rasenden Strom des Alkoholmissbrauchs zu mässigen, auch der Allgemeinheit die Quelle unschädlicher Genüsse verstopfen wollen — darüber sind alle sich einig, dass es für den Kranken, den Trinker überhaupt nur eine Rettung giebt: lebenslängliche gänzliche Enthaltsamkeit von allen geistigen Getränken.

Es wird möglich sein, einen Theil der Trinker von der Stätte ihrer Gesundung in eine Umgebung überzuleiten, die eine gewisse äussere Garantie gegen Rückfälle gewährt. Die Majorität der Trinker jedoch wird der Zwang des Erwerbslebens stets in ihre alten Verhältnisse zurückführen. Für diese muss also ein mitten im bürgerlichen Leben noch wirksamer Schutz geschaffen werden. Welche Organisation nun hier in Kraft treten mag, ob religiöse, ob andere Vereine den ehemaligen Trinkern moralischen Rückhalt und Geselligkeit bieten, in welcher Zahl und aus welchen Ständen man an den verschiedenen Orten Mitarbeiter finden mag, eins wenigstens geht aus der Sache hervor: diesem letzten und weitesten Ziele in der Behandlung der Trunksüchtigen kann niemals der Staat, sondern nur die private Wohlthätigkeit uns näher führen. — Wenn z. Z., wie wir nicht verkennen können, noch weite Kreise, auch der Gebildeten, dem Kampfe gegen die Trunksucht fremd gegenüber stehen, werden wir destomehr bemüht sein müssen, sie mit dem Wesen dieser unserer letzten Aufgabe vertraut zu machen, die ohne ihre Mitwirkung nicht zu lösen ist.

Die ganzen, bisher nur in ihren Voraussetzungen und Prinzipien skizzirten Bestrebungen zur dauernden Rettung der

Trunksüchtigen, sind auch von beachtenswerter Seite als aussichtslos bezeichnet worden. Wir werden uns in eingehendster Weise mit diesem Einwande abzufinden haben: sehen wir zunächst, welche thatsächlichen Erfolge schon erzielt sind und unter welchen Bedingungen sie zu erreichen waren.

Schon in ihrer räumlichen Beschränkung besonders lehrreich sind die Verhältnisse in einigen schweizerischen Kantonen. In Ellikon bei Zürich ist unter Forel's*) Aegide ein Trinkerasyl errichtet worden, das jetzt 40 Pfleglingen Raum gewährt. Ein Hausvater, dessen Frau die Küche besorgt, leitet in schlicht religiösem, keiner Konfession entsprechenden Geiste die Anstalt, hält die Morgenandacht ab, nimmt an den Mahlzeiten der Anstaltsinsassen Teil, er hält dieselben zur Besorgung der landwirthschaftlichen und anderen für den Betrieb des Besitztums nöthigen Arbeiten an. Durch Fürsorge für die Unterhaltung der Mussestunden und sonst durch Wort und Beispiel sucht er seine Pflegebefohlenen für den Geist der Ordnung und guten Sitte zu gewinnen. Anstalt und Kranke stehen unter ständiger Aufsicht einer Kommission, insbesondere zweier in derselben sitzenden Irrenärzte. Die entlassenen Pfleglinge treten einem über die benachbarten Kantone verbreiteten Vereine „Sobrietas" mit dem Prinzip der Totalabstinenz seiner Mitglieder bei. Durch diesen, durch Briefwechsel und durch gelegentliche Besuchsreisen unterhält der Hausvater nach Möglichkeit die Verbindung mit den Entlassenen. Die Deckung der Unterhaltungskosten des Asyls setzt sich zusammen aus den Pflegegeldern der zahlenden Kranken, aus den Zuwendungen der Vereinswohlthätigkeit und aus einem Staatszuschusse. Der Eintritt der Patienten erfolgt entweder freiwillig oder zwangsweise auf Grund eines besonderen St. Gallen'schen Kantonsgesetzes. Der Gemeinderath des Wohnortes kann nämlich nach Genehmigung durch die obere Behörde einen Trinker auf die Dauer von 9—18 Monaten in die Trinkerheilanstalt versetzen auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens, welches den Zu-

*) Forel, Die Errichtung von Trinkerasylen und ihre Einfügung in die Gesetzgebung 1892.

stand der Trunksucht und zu dessen Heilung die Notwendigkeit der Asylierung konstatirt. Unter diesem Systeme wurden in den Jahren 1889—95 296 Pfleglinge entlassen; davon blieben 43% abstinent, 25% mässig, 31% wurden rückfällig oder wurden in ihrem Befinden unbekannt.

Sehr viel komplizirter liegen die rechtlichen Verhältnisse in England*). Hier kann ein Gewohnheitstrinker, nachdem ihm diese Eigenschaft von 2 Bekannten und 2 Friedensrichtern seines Distrikts formell bescheinigt ist, selbst seine Aufnahme in ein Trinkerasyl beantragen, das er dann für die beantragte Frist (nicht länger als ein Jahr) nicht ohne Genehmigung des Anstaltsleiters verlassen darf. Die 7 nach diesem Gesetz konzessionirten, ausschliesslich von Privaten betriebenen englischen Trinkerasyle nehmen „under the act“ jährlich ca. 60 Männer und fast ebenso viele Frauen (!) auf, ausserdem verpflegen sie eine grössere Zahl in ihrer Bewegungsfreiheit nicht beschränkter Kranker. Die Aufsicht über sämmtliche Anstalten führt ein staatlicher Inspektor, der über die Aufnahmen, Beurlaubungen, Entweichungen, Entlassungen, ferner über jeden Fall geistiger Erkrankung regelmässig Anzeige erhält, der die Verpflichtung zu eingehenden Visitirungen, die Befugnis zur Einforderung von Spezialberichten, Besuchsbewilligungen etc. besitzt.

Das Gesetz enthält auch Strafbestimmungen gegen Beihilfe bei Entweichungen und gegen Einführung von geistigen Getränken in ein Trinkerasyl. Bei dieser Sachlage betrug auch in dem ältesten und besteingerichteten Asyle, im Dalrymple Home, die Durchschnittsdauer des Aufenthaltes nur 6 Monate. Trotzdem sind von 266 entlassenen Kranken 89 vollständig hergestellt; 21 sind gebessert, 90 nicht gebessert, 3 geisteskrank geworden, 17 gestorben, 46 unbekannt. — Für unbemittelte Trinker besteht in England bisher keine entsprechende Fürsorge.

Von den nordamerikanischen Verhältnissen, über die keine recht zuverlässige Statistik vorliegt, sei hier nur erwähnt, dass die von einzelnen der Vereinigten Staaten schon seit Jahr-

*) Gerényi, Die Trinkerasyle Englands. Wien 1893.

zehnten errichteten öffentlichen Trinkerasyle keine günstige Entwickelung genommen haben, und dass bereits Privatunternehmungen an ihre Stelle getreten sind.

Wesentlich anderen Gesichtspunkten als den erörterten verdankt die staatliche Trinkerheilanstalt ihre Entstehung, die in Niederösterreich z. Z. sich im Bau befindet. In den dortigen Irrenanstalten haben sich eine grosse Zahl chronischer Alkoholisten angehäuft. Sie waren nach Tilkowsky*) bei ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt geisteskrank oder zeigten doch vorübergehende Symptome einer geistigen Störung; sie haben dort ihre Geistesklarheit, aber noch nicht die gehörige Willensstärke und Widerstandskraft gegen schädliche Einflüsse wieder erlangt. Mit diesen Elementen soll die neue Anstalt bevölkert werden, die als die erste öffentliche Trinkeranstalt des Kontinents unsere Aufmerksamkeit verdient. Dieselbe wird allerdings bei dieser Sachlage zunächst der Behandlung der Trunksüchtigen nur in sehr einseitiger Weise dienen können, indem sie nur aus der Irrenanstalt Entlassene aufnimmt und diese nur unter der Rechtspräsumtion festhält, dass sie trotz eingetretener Geistesklarheit wegen ihrer Willenschwäche noch nicht mündig zu erachten wären.

Auf ganz anderer Basis würde diese Trinkeranstalt ihre Wirksamkeit entfalten können, wenn die für den Gesammtumfang der österr.-ungar. Monarchie entworfene Regierungsvorlage**) Gesetz würde. Diese Vorlage setzt Errichtung öffentlicher Trinkerasyle in sämmtlichen Landestheilen voraus und verleiht dem Bezirksgericht am Wohnort eines Trinkers die Befugniss, in diese Anstalt für einen Zeitraum bis zu 2 Jahren zu versetzen: 1) diejenigen, welche innerhalb des letzten Jahres mehr als dreimal wegen Trunkenheit bestraft wurden, 2) die geistig erkrankten und in eine Kranken- oder Irrenanstalt aufgenommenen Alkoholisten, welche zwar ihre geistige Klarheit

*) Tilkowsky, Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. Leipzig und Wien 1893.

**) Nr. 1262 der Beilagen zu den Protokollen des österr. Abgeordnetenh. Nr. Xc. der Beilage zu den Protokollen des niederösterr. Landtags III. Wahlperiode. } Session 1895.

wiedererlangt haben, jedoch noch nicht genügende Fähigkeit zur Selbstbeherrschung und zum Widerstand gegen die Trunksucht besitzen, 3) Trinker, welche auch ohne eigentliche geistige Erkrankung sich oder ihren Angehörigen in sittlicher oder wirtschaftlicher Beziehung gefährlich werden oder ihre eigene oder Anderer körperliche Sicherheit gefährden.

Das bezirksgerichtliche Erkenntniss erfolgt auf Benachrichtigung der Strafkammer oder auf Antrag der Angehörigen, des Vormundes, der Kranken- und Irrenanstaltsdirektion, des Staatsanwaltes oder des Gemeindevorstandes. Nach Ablauf eines Jahres kann ein Pflegling von der Anstaltsleitung probeweise beurlaubt werden, steht aber dann für den Rest der gesetzlichen Anhaltungsfrist unter Aufsicht der Behörde und wird bei erneuter Trunkfälligkeit in die Anstalt zurückgebracht. Die Landesverwaltung kann die Kosten der Detinirungen, wenn angängig, nachträglich von den Pfleglingen oder deren Angehörigen einziehen. In dieser Gesetzesvorlage, die zudem noch eine Reihe sehr sorgfältig disponirter Kautelen gegen missbräuchliche Anwendung enthält, ist unseren deutschen Rechtsanschauungen zunächst der 1. Grund zur Detinirung fremd, Bestrafung wegen Trunkenheit. Auf dieselbe werden wir noch zurückkommen müssen. Die Annahme des ganzen Entwurfes, die eine sehr intensive Mitwirkung des gesammten staatlichen und kommunalen Apparates in der Behandlung der Trunksüchtigen verlangen und ausserordentliche finanzielle Aufwendungen verursachen würde, ist für die nächste Zukunft wenig wahrscheinlich.

Die etwa 25 Trinkeranstalten im Gebiet des deutschen Reiches sind sämmtlich privater Natur. Nur vereinzelte, mit allem Komfort versehene Temperenzsanatorien, wie Schloss Marbach am Bodensee, Haus Rockenau bei Eberbach (Baden), die Heilanstalt des Dr. Schmitz in Bonn und des Dr. Römer in Elsterburg (Sachsen) dienen zu gleicher Zeit Erwerbszwecken (Preis in den beiden ersteren von 8 Mark täglich aufwärts). Die übrigen tragen den Charakter gemeinnütziger Stiftungen. Es wird ein Ruhmestitel der evangelischen Kirche bleiben, dass der Initiative ihrer Geistlichen und ihnen nahestehender Kreise

die ersten und meisten deutschen Trinkerasyle ihre Entstehung verdanken. Nächstdem ist die Wirksamkeit des Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke und seiner Bezirksvereine zu nennen. — Wir erwähnen nach der geographischen Lage: In der Rheinprovinz Lintorf, die älteste Anstalt, das Lebenswerk des verdienstvollen, verstorbenen Pastors Hirsch; bei Frankfurt a. M. der Brückenhof; ferner in Baden eine vom Karlsruher Bezirks-Verein projektirte Anstalt. In Westfalen zwei Trinkerasyle im Anschluss an die Arbeiterkolonie Wilhelmsdorf; in Hannover ein gleiches Projekt im Anschluss an die Arbeiterkolonie Kästorf sowie das kleine Asyl Düring; in Holstein Salem; in Mecklenburg der Sophienhof. In der Provinz Brandenburg Klein-Dronzig bei Guben; für die Stadt Berlin eine vom dortigen Bezirks-Verein geplante Gründung. Auf dem pommerschen Landsitze Elisenhof bei Natzlaff ist in diesem Jahre eine neue Trinkeranstalt ins Leben getreten. Im Königreich Sachsen ist zu nennen die Anstalt Stenz, in der Provinz Schlesien Leipe, in Westpreussen Sajorsch, in Ostpreussen das bei der Arbeiterkolonie belegene Asyl zu Carlshof. —

Die genannten Trinkerasyle haben im allgemeinen je für 10—25 Pfleglinge Platz, so dass im ganzen deutschen Reiche z. Z. nur für etwa 500 nicht geisteskranke Trinker die Möglichkeit einer Anstaltsbehandlung besteht. Eine Reihe der deutschen Asyle verfügt über einige Freiplätze, doch können sie sämmtlich im allgemeinen, um sich zu erhalten, nur zahlende Pfleglinge aufnehmen. Das Pflegegeld ist überall so niedrig gestellt, als es die anderweitig zufliessenden Mittel irgend erlauben, von 150—600 Mark pro Jahr für die unterste (Normal-) Klasse. Zur Illustration der wirthschaftlichen Verhältnisse diene ein Jahresetat der vom Evangelischen Verein zur Errichtung schlesischer Trinkerasyle gegründeten Anstalt Leipe, der bei durchschnittlich 20 Pfleglingen mit 6000 Mark balancirt. 4000 Mark derselben liefern die Pensionen der Asylisten, 500 Mark Ueberschuss die Landwirthschaft; 1500 Mark müssen jährlich vom Verein und durch andere wohlthätige Zuwendungen gedeckt werden.

Wie sind nun die Resultate der deutschen Trinkerasyle? Von den 1300 entlassenen Pfleglingen der beiden Anstalten zu Lintorf sind nach einer über viele Jahre reichenden sehr zuverlässigen Statistik 25 % abstinent geblieben. Ähnlich sind die Erfolge der Anstalt Leipe, nach deren 9. Jahresbericht 117 Kranke das Asyl besucht hatten, 28 „völlig geheilt“ blieben. Manche Anstalten rechnen noch günstiger. So sind laut Bericht von Salem bis 1895 von 145 Entlassenen, nach einer durchschnittlich 7monatlichen Behandlung 81, also über 50 % „Genesene“. — Es ist zugegeben, dass jedes neue Beobachtungsjahr mit neuen Rückfällen unter den ehemaligen Pfleglingen die Statistik nur verschlechtern kann; zugegeben, dass mancher wirkliche Rückfall der Zählung verborgen bleibt. Nehmen wir nun, um unsere Argumentation für unsere Gegner zwingender zu machen, unter den entlassenen Pfleglingen der deutschen Trinkerasyle nur 25 % abstinent gebliebene an, so ist doch schon dieses Verhältniss angesichts des grossen, von den Trunksüchtigen ausgehenden Elends ein höchst erstrebenswerthes Resultat. Es erreicht schon die freudigen Erwartungen, welche an die jetzt mit so vielen Kosten errichteten Volksheilstätten für Schwindsüchtige, oder an die in neuester Zeit projektierten Volkssanatorien für Nervenkranke*) sich knüpfen.

Unter welchen ungünstigen Bedingungen aber sind diese Resultate erreicht? Vielen unserer Trinker-Anstalten fehlt noch zu einer gedeihlichen Wirksamkeit die Sicherung ihrer materiellen Existenz. Krankenhäuser und Irrenanstalten haben bezüglich der von ihnen entlassenen Trinker mit den Trinkerasylen keinerlei Verbindung. Enthaltsamkeitsvereine und andere Organisationen, welche den entlassenen Trinkern einen Halt bieten, sind noch wenig verbreitet. Besonders schwierig aber ist die Rechtslage. Die sämmtlichen Pfleglinge der deutschen Asyle sind freiwillige, d. h. sie kommen aus eigenem Entschlusse, wenn auch oft unter dem Einflusse ihrer Angehörigen. Die Folgen solcher Aufnahmebedingungen sind klar; die Trunksüchtigen gelangen gewöhnlich sehr spät, wenn ihre Leidenschaft

*) Jolly, „Ueber Heilstätten für Nervenkranke.“ Zeitschrift für Krankenpflege, April 1898.

schon sehr fest gewurzelt ist, in die Anstalt. Nach einigen Wochen oder Monaten aber, wenn der Druck der Angehörigen und der häuslichen Misère zu wirken aufgehört hat, verlassen sie häufig aus irgend einem kleinen Anlass die Anstalt, lange ehe die erstrebte Gesundung eingetreten ist — und die ganze Arbeit war vergebens. Ein gesetzliches Mittel, auf solche Trinker einen Zwang auszuüben, wurde daher für ihre Behandlung seit Jahren ebenso schmerzlich vermisst, wie im bürgerlichen Leben für den Schutz ihrer Familie. Wie sehr ein solches Bedürfniss empfunden wird, beweisen unter anderen die mancherorts für den lokalen Geltungsbereich eines Regierungsbezirks erlassenen Verordnungen, nach denen an offiziell als Trunkenbolde erklärte Personen keine geistigen Getränke verabfolgt werden dürfen. Es muss zugestanden werden, dass der Nutzen dieser oberpolizeilichen Bestimmungen gering ist, und dass die offiziellen Trunkenbolde überall sich ihren Schnaps zu verschaffen wissen. Für die Bedürfnissfrage aber erscheinen die Zahlen von grossem Interesse, die der damalige Regierungspräsident von Cöslin die Güte hatte für diese Arbeit zusammenstellen zu lassen. Darnach sind im dortigen 564 000 Einwohner zählenden Regierungsbezirk Cöslin 212 Personen auf dem platten Lande, 231 in den Städten, zusammen 443 Personen polizeilich zu Trunkenbolden erklärt. Die Zahl aber der überhaupt vorhandenen Trunksüchtigen in unserem Sinne beträgt für den Regierungsbezirk Cöslin das 5 bis 10fache der polizeilich Erklärten. Und diesen Zahlen für einen schwach bevölkerten pommerschen Bezirk, die einen furchtbaren Ausblick auf die Verhältnisse des gesamten Vaterlandes gewähren, stehen innerhalb dessen Grenzen 25 private Anstalten mit 500 Plätzen gegenüber, zum Teil noch im Kampfe um ihre materielle Existenz, von der Allgemeinheit in ihren Zielen wenig gefördert und vor allem ohne gesetzliche Mittel, die des Zwanges bedürftigen Trinker in Behandlung zu nehmen oder wenigstens die aufgenommenen bis zu ihrer Gesundung zu behalten. Und trotz aller dieser Schwierigkeiten wurden 25 % der behandelten Trinker „geheilt“, jedenfalls für Jahre ihres Lebens dem Ruin entrissen.

Seit einer Reihe von Jahren sind nun Juristen, Geistliche, Ärzte und andere für unsere Sache interessierte Männer bemüht gewesen, das Haupthindernis aus dem Wege zu räumen und eine der Behandlung der Trunksucht günstigere Rechtslage herbeizuführen. Allerdings haben diese Bestrebungen nicht zu Bestimmungen über die zwangsweise Asylirung der Trunksüchtigen durch Richter oder Verwaltungsbehörden geführt; Bestimmungen, wie sie die Gesetze von St. Gallen, von Nordamerika und Australien sowie der Gesetzentwurf für Oesterreich-Ungarn enthalten, Bestimmungen, wie sie ganz dem letzteren analog für das deutsche Reich der noch zu erörternde Entwurf eines Trunksuchtsgesetzes (§ 18—21)* anstrebte. Wohl aber ist auf civilrechtlichem Gebiete eine Handhabe geschaffen, die für die Behandlung von Trinkern eine entscheidende Bedeutung gewinnen muss. Der § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuchs hat folgenden Wortlaut: „Entmündigt kann werden 1) wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, 2) wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, 3) wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet. — Die Entmündigung ist aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.“ Nach dem Absatz 3 dieses Paragraphen wird also der Trunksüchtige, der unter einem der angeführten Gesichtspunkte des praktischen Lebens insuffizient geworden ist, entmündigt und erhält nach § 1896 einen Vormund. Dieser hat die Pflicht, soweit es der Zweck der Vormundschaft erfordert, für Person und Vermögen seines Mündels Sorge zu tragen, und hat insbesondere (§ 1631) das Recht, dessen Aufenthalt zu bestimmen. Damit wird also de facto die Asylirung eines Trinkers auch ohne seinen Willen durch Entschliessung des Vormundes gesetzlich möglich sein.

Es wird nun unsere Aufgabe sein, zu verfolgen, zu welcher veränderten Gestaltung der Trinkerbehandlung uns diese Be-

---

*) Deutscher Reichsanzeiger vom 26./VIII. 1891. Nr. 200, Beilage

stimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches führen werden. Wenn wir uns über die allgemeinen Ziele dieses mühsamen Weges schon orientiert haben, so soll noch zunächst ein eigener Abschnitt der wichtigsten Etappe desselben, der Trinkerheilstätte, und den Bedingungen ihrer Wirksamkeit gewidmet sein. Dann erst werden wir in einem letzten Teile unserer Betrachtungen überblicken können, wie die neue Gesetzesvorlage für unsere Zwecke am besten auszunützen ist, und welcher ergänzenden Bestimmungen und Massnahmen sie noch bedarf.

II. Die Trinkerheilanstalt.

Es ist früher erörtert worden, dass die Behandlung der Trunksüchtigen mit der Herbeiführung totaler Abstinenz in einer neuen Umgebung zu beginnen hat. Niemand kann hoffen, dass es gelingen wird, etwa nach öffentlich bekannt gemachter Entmündigung durch die gewöhnlichen Mittel häuslichen Zwanges einen Trinker von der Befriedigung seiner Leidenschaft fernzuhalten. Die Erfahrungen, die mit dem Verbot des Schnapsverkaufes an polizeilich erklärte Trunkenbolde gemacht sind, sprechen in dieser Beziehung deutlich genug.

Wie geartet muss nun diese neue Umgebung sein, um als Trinkerheilstätte zu wirken?

Unterbringung in eine fremde Familie scheint als erste Station für einen seinen alten Verhältnissen entrissenen Trinker wenig geeignet. Mag dieselbe durch eine besondere Organisation noch so passend ausgesucht sein, mag sie durch Wohnsitz auf dem Lande, durch die Enthaltsamkeit ihrer Mitglieder einige Gewähr für die Abstinenz des Pfleglings bieten, so wird sie wohl im Einzelfalle einmal segensreiches leisten; im Allgemeinen aber wird die Familienpflege die nach längerer Beobachtung oft nothwendige Aussonderung für die Behandlung ungeeigneter Elemente, die ärztliche Überwachung, die Vorbereitung von Garantieen für den Lebensweg des Trinkers nach der Entlassung allein nicht leisten können. Wir werden dagegen alsbald erkennen,

wie wichtig sie uns in Verbindung mit einer Anstalt werden kann.

Die Trinkerheilanstalt bildet für die gesammte Behandlung der Trunksüchtigen den natürlichen Mittelpunkt. — Ihre erste und wesentlichste Aufgabe wird natürlich sein, die aufgenommenen Pfleglinge körperlich, geistig und sittlich wiederherzustellen sowie sie nach der Entlassung möglichst vor Rückfällen zu bewahren. Des ferneren wird sie unsere Kenntnisse über das Wesen und die Behandlung der Trinker vervollständigen. Wir haben gesehen, wie mannigfache Lücken insbesondere die Statistik hier noch bietet. In der Anstalt wird es möglich sein, geisteskranke und andere ungeeignete Pfleglinge rechtzeitig zu erkennen und auszusondern. Hier werden die Gerichte und Behörden auch eine zuverlässige Beantwortung der mannigfachen Fragen finden, die über Zurechnungsfähigkeit, Entmündigung und ihre Aufhebung, Erwerbsfähigkeit, Hilfsbedürftigkeit des einzelnen Pfleglings naturgemäss mit der neuen Rechtslage in grösserer Zahl sich erheben werden. Die zahlreiche Litteratur über den Alkoholismus wird der Leiter einer solchen Anstalt sammeln und sichten und durch die so gewonnene Bibliothek nicht nur das Interesse seiner Pfleglinge wider die Trunksucht entfachen, sondern auch die geistige Arbeit Anderer unterstützen können.

Ihrer Hauptaufgabe kann die Anstalt nur gerecht werden, wenn sie durch ihre Anlage oder Organisation dazu befähigt ist. In ihrer Lage muss die Anstalt eine gewisse räumliche Entfernung vom nächsten Dorf resp. der nächsten Stadt besitzen, um ihren Pfleglingen allzu häufige Lockungen zu Trunkexcessen zu ersparen. Übrigens sind die lokalen Polizei-Behörden (Landrath), wie u. a. das Beispiel von Marbach und Wuhlgarten zeigt, gern bereit, auf Antrag durch besondere Verordnung den Verkauf geistiger Getränke an die Pfleglinge der betr. Anstalt zu verbieten. Solche Verordnungen können zwar nicht verhindern, dass sich Patienten unerkannt oder durch Mittelspersonen, besonders Kinder, ihre Schnapsflasche füllen lassen, doch gewähren sie immerhin eine gewisse moralische Unterstützung und sind aus diesem Grunde anzustreben.

Auf die landschaftlichen Verhältnisse muss, wenn angängig, Rücksicht genommen werden, um den Spaziergängen der Pfleglinge einigen Reiz zu gewähren. Dass die Nähe von Wald hier die weitgehendsten Wünsche befriedigen würde, braucht nur angedeutet zu werden. Man hat mehrfach, um den genannten Bedingungen zu genügen, Trinkerasyle in gänzlich dem Verkehr entrückten Gegenden errichtet, unseres Erachtens nicht zum Vortheil der ganzen Sache. Zunächst werden besonders freiwillige Patienten sich eher bestimmen lassen, einen leicht mit den modernen Verkehrsmitteln zu erreichenden Ort aufzusuchen, über dessen Verhältnisse man sich vielleicht schon vorher in mündlicher Rücksprache mit dem Anstaltsleiter hat orientiren können. Viel wichtiger aber ist bei den aufgenommenen Patienten regelmässiger Besuch der Angehörigen, ohne welche Garantieen für die Zukunft niemals geschaffen werden können. Auch muss der Anstaltsleiter seinerseits Besuchsreisen zu den entlassenen Pfleglingen ohne gar zu erheblichen Aufwand an Zeit und Geld unternehmen können. — Aus allen diesen Gründen scheint es rathsam, die Anstalt in die Nähe einer Station der Haupteisenbahn ihres Rekrutirungsbezirks zu verlegen, sie jedoch isolirt in angemessener Entfernung vom nächsten Orte zu errichten.

Beim Bau der Anstalt können im wesentlichen die finanziellen Erwägungen massgebend bleiben, und nur wenige spezielle Gesichtspunkte erfordern eine Berücksichtigung. Wenn es billiger erscheint, fünfzig Kranke in wenigen grossen Schlafsälen kasernenartig unterzubringen, so hat doch die Erfahrung gelehrt, dass die Pfleglinge sich in kleinen Zimmern zu 2—4 Betten, die zugleich als Wohn- und Schlafräume dienen, wesentlich wohler fühlen. Es wird dann auch möglich sein, die Neueintretenden nur zu passenden Gefährten und besonders zu Genesenen zu gesellen, von denen eine günstige Einwirkung[1]) erwartet werden kann. Sehr wünschenswerth ist ferner ein in seinen Dimensionen reichlich bemessener, sonst einfacher Raum,

---

[1]) Serieux, les asiles de buveurs. Annales d'hygiène publique 1896.

der sämmtlichen Pfleglingen und Angestellten als gemeinschaftliches Speisezimmer dient, ausserdem aber zur Andacht, Weihnachts- und anderen Feiern, Unterhaltungsabenden Verwendung finden kann. Ein Klavier würde hier seine Stelle finden. An ein Badezimmer, ferner an kleine zu Tischler- und anderen Werkstätten einzurichtende Räume muss gedacht werden, sie finden vielleicht ausser der Wasch- und Kochküche im Souterrain des Haupthauses Platz. Stallung für Kühe sowie die übrigen Lokalitäten für den landwirthschaftlichen Betrieb erfordern Nebengebäude. Etwas Garten- und Ackerland muss unbedingt zur Beschäftigung der Kranken vorhanden sein; ist der Grund und Boden wie häufig billig zu haben, so soll der die Anstalt umgebende Landbesitz so reichlich wie möglich bemessen werden, um den Insassen innerhalb der eigenen Grenzen reichlich Bewegung zu ermöglichen. Das ganze Gebiet erhält als Umfriedigung eine Weissdorn- oder andere natürliche Hecke, ein harmloses Halt! für Pfleglinge wie neugierige Fremde.

Im übrigen ist die einzige Beschränkung der Bewegungsfreiheit die Hausordnung. Dass dieselbe auch wirklich — von einzelnen nicht zu vermeidenden Ausnahmen abgesehen — innegehalten wird, hängt einzig und allein von dem Geiste ab, den der Anstaltsleiter seinen Schutzbefohlenen einzuflössen weiss. Mechanische Hilfsmittel aber wie Mauern, verschlossene Thüren sind ganz unzulässig. Ein Isolirraum für den immerhin nicht ganz seltenen Fall einer schweren geistigen Erkrankung eines Pfleglings darf in der Trinkerheilanstalt auch bei psychiatrischer Leitung derselben nicht existiren. Man wird sich für diese Ausnahmefälle bis zur Verlegung in die Irren-Anstalt behelfen können, für die ganze übrige Zeit würde das Vorhandensein einer „Zelle“ das Asyl — was gerade vermieden werden soll — für Kranke und Fremde dem Charakter einer Irren-Anstalt in erheblicher Weise nähern. Aus dem gleichen Gesichtspunkt sollen die Pfleglinge keine uniforme Anstalts-, sondern eigene Kleidung tragen. Das Reglement schreibt das Mitbringen mindestens eines Arbeits- und eines Sonntags-Anzuges sowie der übrigen nothwendigen Kleidungsstücke vor. Die Leibwäsche

ist zweckmässig zur Verhütung unangenehmer Verwechselungen mit vollem Vatersnamen gezeichnet.

Die aufgenommenen Kranken einer deutschen Trinkerheilanstalt werden künftig in zwei Kategorien zerfallen, in die „freiwillig“ kommenden und in die entmündigten, kraft Entschliessung des Vormunds geschickten. Wie die Vertheilung auf diese Kategorien sich gestalten kann und im Interesse der Sache noch zu beeinflussen ist, werden wir bei der Erörterung der Rechtsverhältnisse im Auge behalten müssen. Hier muss noch das Verhalten der Anstalt für den künftig gewiss häufigen Fall erwogen werden, dass ein entmündigter, bereits angemeldeter Trinker zu Hause gegen die Ueberführung entschieden sich wehrt. Selbst bei dringenden Bitten der Angehörigen muss hier von einer, auch nur gütlichen Einwirkung des Anstalts-Leiters oder der Angestellten abgerathen werden. Die Situation der Anstalts-Leiter gegenüber den entmündigten, gegen ihren Willen in die Anstalt gebrachten Trinkern wird ohnehin häufig eine recht schwierige sein. Wenn solch ein Kranker die ersten Tage fortwährend seine Entlassung verlangt, da er ganz gesund sei, sich fest vorgenommen habe nicht mehr zu trinken, und zu Hause ebenso gut diesen seinen Vorsatz zur Ausführung bringen könne, wenn er bei jeder Gelegenheit heimlich zu entweichen versucht, wenn er dazwischen mit geschmuggelten Briefen Privatpersonen und Behörden in Bewegung setzt, so bleibt mangels jeder Detentionseinrichtungen die einzige Stütze des Anstalts-Leiters gegenüber solchem Nörgler, dass die Angehörigen resp. der Vormund doch in ganz anderer Auffassung den Kranken in die Anstalt gebracht haben. Diesen letzten Trumpf giebt man sich aber aus der Hand, wenn man den Kranken gewissermassen sich holt.

Bisher pflegte man solchen, unter den Freiwilligen seltenen Elementen bald und gern den Laufpass zu geben. In Zukunft ist es doch eine missliche Sache, wenn eine Familie, um sich eines Säufers zu erwehren, die Kosten und Unannehmlichkeiten eines Entmündigungsverfahrens und einer Ueberführung in die Anstalt auf sich genommen hat, und letztere sich nach wenigen Wochen insuffizient erklären muss. Bei vollster Würdigung

der segensreichen Wirkung, die das open door system und überhaupt die weitgehendste Gewährung der Bewegungsfreiheit auf die Stimmungs-Insassen ausübt, wird daher doch das künftige Regime der Trinkerasyle in manchen Einzelheiten, insbesondere durch Vermehrung des Personals, auch ganz entgegengesetzten Gesichtspunkten Rechnung tragen müssen.

Jeder aufgenommene Pflegling unterliegt alsbald einer eingehenden ärztlichen Untersuchung über seinen körperlichen Zustand. Wir haben früher gesehen, wie wichtig es ist, das allmählige Abklingen der somatischen Beschwerden zu verfolgen, und bis zu welchem Grade deren Bestehen und Verschwinden einen Schluss über den derzeitigen Grad der alkoholischen Vergiftung des Nervensystems zulässt. Wirkliche Behinderung in manchen Verrichtungen und durch Klagen maskirte Trägheit werden sich auf Grund ärztlichen Urtheils leichter unterscheiden lassen.

Gleichzeitig ist der seelische Zustand des neuen Pfleglings aufzunehmen; wenn der Arzt nicht Anstalts-Leiter sein sollte, durch letzteren gesondert. Eine genaue Erkundung der Heredität, der sozialen Verhältnisse, des Bildungsganges und des beruflichen Lebens wird hier die Unterlage geben. Man gehe genau auf die Bedingungen ein, die den wirthschaftlichen Kampf um's Dasein für den Pflegling zu einem mehr oder häufiger weniger erfolgreichen gemacht haben. Ganz von selbst wird dann schliesslich ausser etwaigen anderen Krankheiten und Unglücksfällen die Entwicklung der Trunksucht zur Erörterung kommen. Die praktische Bedeutung der verschiedenen ursächlichen Momente haben wir früher kennen gelernt. Man notire ferner, ob Wein, Bier oder Schnaps oder eine Vereinigung mehrerer die Befriedigung der Leidenschaft gewährten, welche Sorte und welches Quantum täglich genossen wurde. Die bevorzugte Sorte der Berliner Schnapsbrüder ist jetzt „Nordhäuser mit Rum“, tägliches Quantum für 1 Mark; für 2 Mark pro die einige Zeit hindurch ist kein ganz ungewöhnliches Ereignis. Man beachte ferner, ob gleichmässig gewohnheitsmässiger Hang zum Trinken statthat, oder ob nach einigen Tagen der Nüchternheit (Wochenlohnauszahlung!) gehäufte Trunkexzesse folgen oder

ob man einen der unglücklichen, im Volke Quartalssäufer, in der Wissenschaft Dipsomanen genannten Individuen vor sich hat, die nach Wochen und Monaten nüchternen, arbeitsreichen Lebens periodisch von einem unwiderstehlichen Trieb zum Alkohol ergriffen werden. Es ist wichtig zu wissen, dass in Wirklichkeit auch alle Uebergänge zwischen diesen verschiedenen Formen vorkommen. Die sich einander widersprechenden litterarischen Angaben über besonders günstige oder ungünstige Prognose der einzelnen Trunksuchtsformen bedürfen wohl noch weiterer Prüfung.

Die anamnestischen Angaben des Pfleglings nehme man gleich bei der Aufnahme Gelegenheit durch diejenigen der Angehörigen zu kontrolliren und zu ergänzen. Auf Grund der Vorgeschichte wird es dann leichter möglich sein, die intellektuelle und ethische Verfassung des Neuaufgenommenen zu beurtheilen. Bei einem schon in der Schule Gescheiterten werden wir uns hüten, die Mangelhaftigkeit der uns präsentirten geistigen Leistungen auf Konto des Alkoholismus zu schieben. Umgekehrt ist für einen Handwerker, der die Volksschule bis zur 1. Klasse durchgemacht und die Zufriedenheit seines Lehrherrn gewonnen hat, die Unfähigkeit, gewöhnliche Rechenexempel zu lösen, merkliche Gedächtnisslücken bezüglich wichtiger Lebensereignisse ein bedenkliches Symptom intellektuellen Niedergangs, dessen Bestehenbleiben auch nach längerer Abstinenz uns vorgeschrittene Degeneration des Gehirns anzeigt.

Was schliesslich die ethische Verfassung und den Gesammtcharakter des Aufgenommenen betrifft, so wird sein Vorleben, insbesondere die Momente, die zur Verbringung in die Anstalt führten, neben dem ersten Eindruck der Persönlichkeit wohl zu einer vorläufigen Auffassung über etwaige Willensschwäche, Reizbarkeit führen, wenn auch gerade hier erst die weitere Beobachtung ein definitives Urtheil über den Grad der Defekte ermöglicht und häufig noch unerwartete unangenehme Aufschlüsse giebt. Die Untersuchungen und Unterhaltungen der ersten Tage dürfen aber nicht ausschliesslich der thatsächlichen Orientirung dienen; es bietet sich hier dem Anstalts-Leiter ungezwungen eine nicht zu versäumende Gelegenheit, von vornherein

das Vertrauen des neueingetretenen Kranken zu gewinnen. Der Pflegling muss bei der Aufrollung seiner Lebensverhältnisse das instinktive Gefühl, wenn nicht die bewusste Ueberzeugung gewinnen, dass er hier einer überlegenen Einsicht, aber nachsichtigem Urtheil und liebevollem Interesse gegenübersteht. Die weiteren Anordnungen und Einwirkungen des Anstalts-Leiters werden dann vorbereiteten Boden finden.

Die Vorgeschichte und der gesammte körperliche und seelische status findet seinen Platz in einem für jeden Pflegling anzulegenden Journal, in dem künftighin nur kurz die Behandlung, wichtigere Veränderungen uud in grösseren Zeitabschnitten, etwa alle Vierteljahr, eine erneute Feststellung des Gesammtbefindens mit einem Vergleich gegen den früheren status zu notiren ist.

Erhellt aus dem ganzen Plane genügend die Wichtigkeit, die der ärztlichen erstmaligen und in angemessenen Zwischenräumen zu wiederholenden Generaluntersuchung beigemessen wird, so muss in anderer Beziehung eine Beschränkung vom Arzte gefordert werden. Der Anstalts-Leiter wird dem Geiste der guten Sitte, der Ordnung und der Arbeitsamkeit, den er seinen Pfleglingen einflössen will, in täglicher Visite bei jedem Einzelnen seine reale Enthaltung zu sichern suchen. Ist der Leiter des Asyls Psychiater, so wird er von selbst seinem Hauptziele, soweit angängig, die Behandlung kleiner körperlicher Leiden unterordnen, wird nicht wegen eines Schnupfens oder eines Furunkels einen Pflegling einer segensreichen Arbeit entreissen, für die er erst mühsam gewonnen ist. Für eine spezifisch krankenhausärztliche oder gar klinische Visite aber, die in ihrer täglichen Wiederholung nach Bethätigung verlangt, ist beileibe kein Platz in einer Trinkerheilanstalt.

Welche Behandlungsmittel stehen denn der Anstalt zur Verfügung?

Wir haben bereits gesehen, dass völlige Abstinenz von sämmtlichen geistigen Getränken für unsere Kranken vom Eintritt in die Anstalt bis an das Lebensende unerlässlich ist.

Die erfahrensten Autoren[1]) sind sich darüber einig, dass die seltenen Fälle, in denen durch die Alkoholentziehung der Ausbruch eines Deliriums befördert wird, nicht zu fürchten sind, und dass man für die Behandlung des Deliriums selbst keines Alkohols bedarf.

Um die Totalabstinenz für die Pfleglinge durchzuführen, muss dieselbe auch auf sämmtliche Angestellte der Anstalt incl. ihrer in derselben wohnenden Angehörigen ausgedehnt werden. Alkohol zu Trinkzwecken kommt überhaupt nicht in das Asyl. Ja, noch die weitere Forderung muss im Interesse der Sache gestellt werden, dass auch ausserhalb der Anstalt ihr Leiter und ihre Angestellten die Enthaltsamkeit bewahren. Allerdings wird hier von den Betheiligten das Aufgeben eines Stückes individueller Freiheit verlangt. Aber in einem Gemeinwesen, welches die Trinker durch sein Beispiel zum 1. Mal die Möglichkeit lehren soll, ohne geistige Getränke zu leben, können doch nicht Morgens bei der Arbeit die Knechte den Kranken vom fröhlichen Zechen des gestrigen Abends erzählen. Es ist aber selbstverständlich, dass nur ein selbst abstinenter Anstalts-Leiter die Enthaltsamkeit seiner Untergebenen verlangen und überwachen kann. Es wird seine Sache sein, diesen die innere Ueberzeugung beizubringen, dass hier ein hohes Ziel solche Opfer verlangt. Denn wenn die Anstalts-Beamten nur um Brot und Lohn den gestellten Bedingungen innerlich widerwillig sich fügen, wird auch in ihrem Kreise ein Umfall mit all den bedenklichen Rückwirkungen auf die Pfleglinge ständig zu fürchten sein; gegenseitige Denunciationen und ähnliche Widerwärtigkeiten werden nicht ausbleiben. Die Gehälter des Personals müssen entsprechend den hohen Anforderungen an seine Leistungen normirt werden.

Die Frage der Ersatzgetränke verlangt dementsprechend eine Beantwortung: Gutes Trinkwasser ist eine unerlässliche Vorbedingung. Warmer und kalter Kaffee je nach der Jahreszeit scheint besonders geeignet, den Durst der Feldarbeiter zu löschen. Die nahrhafte Milch liefert der eigene Betrieb. Zu

[1]) Moeli, Behandlung der Vergiftung mit Weingeist. — In Penzoldt und Stintzing's Handbuch, Bd. II.

den Mahlzeiten ist für die Dauer das Getränk par excellence das Selterswasser. Es ist nun ausserordentlich wichtig, dass die moderne Technik den Anstalten Selbstfabrikation des kohlensauren Wassers zu einem sehr billigen Preise ermöglicht. Die Anstalt Wuhlgarten, welche seit $2^1/_2$ Jahren Abstinenz für 1000 Kranke und Wärter eingeführt hat, besitzt einen wenig Raum beanspruchenden Selterwassersapparat zum Preise von 410 Mark; dazu 3000 Flaschen à $^1/_3$ Ltr. Inhalt mit Doppelhebelverschluss, Anstaltschiffre auf letzterem und vollständigem Namen im Glase zum Preise von 115 Mark für 1000 Stück. Der Selbstkostenpreis einer Flasche stellt sich nun incl. Amortisation der angeführten Materialkosten, Flaschenbruch, Bedienung des Apparates u. s. w. nur auf 1,68 Pfg. Ist in die Flasche vor der Füllung ein angemessenes Quantum Fruchtsaft gethan, so ist Brauselimonade fertig — ein ausnahmsweise bei Anstaltsfesten zu gewährendes Getränk.

Bei einem solchen antialkoholistischen Regime wird ein einzelner heimlicher Trunkexcess eines Pfleglings im allgemeinen nicht verborgen bleiben. In den seltenen Fällen, in denen verstörte Miene, geröthetes Gesicht, eine leichte Aenderung des Betragens, ein unsicherer Geruch aus dem Munde nur einen unbestimmten Verdacht erregen, der aber von dem betreffenden Kranken energisch zurückgewiesen wird, kann man sich durch Untersuchung des Urins auf ausgeschiedenen Alkohol noch Gewissheit verschaffen.

Zur körperlichen Behandlung gehört ferner eine kräftige, jedoch einfache Kost. Einmal Fleisch oder Fisch täglich wird man allerdings für den arbeitenden Trinker fordern müssen.

Es ist nicht zu leugnen, dass in manchen Fällen des chronischen Alkoholismus der längere Gebrauch von Strychnin in kleinen Gaben die Restitution des erkrankten Nervengewebes günstig zu beeinflussen scheint. Man wird deshalb individualisirend bei geeigneten Kranken einen Versuch mit diesem Mittel machen.

Die verschiedenen durch Alkoholneuritiden bedingten Schmerzen, Bewegungs- und Empfindungsstörungen treten zumeist in

der Abstinenz spontan zurück und bedürfen selten einer elektrischen Behandlung. (Moeli).

Sorgfältige Beachtung bedarf der chronische Magenkatarrh des Säufers, teils weil er zuweilen den Trieb nach Alkohol vermehrt, teils weil er die Verbesserung der Gesammternährung erschwert. Kerr rühmt hier insbesondere die Verabreichung der Chininpräparate.

Eine besondere therapeutische Berücksichtigung erfordert ferner häufig der Zustand des Herzens und des Gefässsystems. Manche Schwindel- und Ohnmachtszustände der Alkoholiker sind vielleicht nicht central bedingt, sondern hängen von Störungen des Kreislaufs ab. Kopfschmerz und Schlaflosigkeit werden besser durch das allgemeine Regime als durch interne Mittel bekämpft.

Regelmässige, ausgiebige körperliche Bewegung im Freien, wie z. B. Thätigkeit in der Landwirthschaft ist ein wichtiger Heilfaktor. Ueber das Wie solcher Arbeit wird noch bei ihrer moralischen Wirkung die Rede sein. Endlich muss für einfache hydrotherapeutische Prozeduren, deren heilsame Wirkung auf das gesammte Nervensystem von Aerzten und Laien immer mehr anerkannt wird, die Möglichkeit geschaffen sein. Wenn im Badezimmer eine kräftige, kalt und warm fliessende Douche vorhanden ist, kalte Abreibungen und warme Bäder ermöglicht sind, wird der Arzt genügenden Spielraum für seine beim Einzelnen nothwendig erachteten Operationen haben. — Der hypnotischen Suggestion wird in einem Heilplane, der neben der körperlichen auch die moralische Gesundung der Behandelten, insbesondere die allgemeine Stärkung ihres Willens bezweckt, kein fester Platz angewiesen werden können. Es muss dem Arzte überlassen bleiben, ob er einmal im Einzelfall es vortheilhaft erachtet, sie anzuwenden. Die Anwendung innerer Mittel, der Hydrotherapie, der Elektricität oder der Massage wird den Pfleglingen, die zumeist in der Abstinenz und in der Arbeit keinen Heilfaktor zu erkennen vermögen, eher das Gefühl einflössen, dass sie sich als Kranke zur Besserung ihres Zustandes in der Anstalt befinden.

Welches sind die moralischen Mittel der Behandlung?

Das feste Innehalten einer wohldurchdachten Hausordnung seitens aller Betheiligten wird zunächst auf den Trinker seine Wirkung nicht verfehlen, der zumeist einem höchst unregelmässigen Lebenswandel entrissen ist. Gemeinschaftliche Hauptmahlzeiten der Pfleglinge und Angestellten unter dem Vorsitz des ältesten theilnehmenden Beamten (Hausvater, Inspektor) erwecken Allen ein Gefühl der Zusammengehörigkeit. Pünktlich zur bestimmten Stunde geht es Morgens und Nachmittags an die Arbeit. Die Garten-, Feld- und übrige landwirthschaftliche Arbeit wird ihre in unseren modernen Irrenanstalten oft erprobte Wirkung auf Leib und Seele aller mit ihr Vertrauten entfalten. Aber auch solcher Beschäftigung dem Berufe nach Fernstehende, Angehörige der höheren Stände, wird es oft gelingen für sie zu gewinnen. Nur dürfen sie nicht schematisch „mitgeschickt“ werden, vielmehr muss der Anstals-Leiter ihnen vorher durch Wort und Beispiel den höheren Zweck solcher Beschäftigung begreiflich gemacht haben, vielleicht selbst die erste halbe Stunde mit einem Anfänger den Spaten rühren. Mancher „Herr Dr.“ wird dann von der ungewohnten Arbeit statt des bitteren Gefühls der Demüthigung frischen Humor heimbringen. Solche Elemente wird man allerdings nach einiger Zeit von der körperlichen zur geistigen Arbeit zurückleiten. In analoger Weise wird mancher Handwerker eine volle Bethätigung seiner Kräfte nicht auf dem Kartoffelfelde, sondern erst vor der Hobelbank erreichen. Das gesundheitliche Interesse der Pfleglinge und das wirthschaftliche des Asyls begegnen sich hier aufs Glücklichste. Für Tischler, Schneider, Schuhmacher u. s. w. wird es in der Anstalt immer zu thun geben.

Sonntags ruht die Arbeit. An diesem Tage besonders wird die Religion ihre mächtige, auch von dem englischen Arzte Kerr anerkannte Wirkung entfalten. Sei es in der Kirche des Nachbarortes, sei es in dem zum Betraum umzuwandelnden Speisesaale, kann es für einen Geistlichen keine dankbarere Gemeinde geben als diese Männer, bei welchen gerade die edelsten Triebe der menschlichen Seele verkümmert waren und abzusterben drohten, die jetzt zu neuem Leben

erweckt und vielleicht zu frischem Grünen gebracht werden. Wo eine starke Minorität der Pfleglinge der anderen christlichen Konfession angehört, wird man Sorge tragen, dass auch diese des geistlichen Beistandes nicht entbehren.

Des Anstalts-Leiters weitere Sorge wird es sein, das Leben seiner meist von Stufe zu Stufe gesunkenen Schutzbefohlenen auch in den Mussestunden auf ein angemessenes kulturelles Niveau zu heben. Den grossen Krebsschaden der Trunksucht mit allen ihren traurigen Folgen, den Kampf gegen den Alkoholismus auf allen seinen Gebieten sollen die Pfleglinge kennen lernen. Wir besitzen glücklicherweise eine reiche, für die verschiedensten Bildungsstufen angepasste Litteratur[1]), deren Lektüre hier besonders segensreich wirken wird. Schon wiederholt sind frühere Trinker begeisterte Partisane des Kampfes gegen den Alkoholismus geworden.

Auch gesellige Unterhaltung edleren Stils, besonders die Pflege des Gesanges und der Musik soll nicht fehlen, sie wird die Feier der Feste verschönen und beleben. Eine sinnige Weihnachtsfeier, bei der die Gaben der Angehörigen wie der Anstalt für jeden Einzelnen sorgsam vorbereitet sind, bei der ernste Erbauung durch den Anstaltsgeistlichen, die Rührung und Freude über das Gebotene. und schliesslich unbefangene gesellige Fröhlichkeit in harmonischer Weise sich abwechseln, mag endlich als konkretes Beispiel dafür genannt werden, in welcher Weise die Anstalt sich der Gemüther ihrer Schützlinge bemächtigen und das geistige Band zwischen sich und ihnen immer fester knüpfen soll.

Im Leben der Trinkerheilanstalt werden solche schönen Tage zugleich eine Erholung und ein Trost gegenüber vielen anderen Widerwärtigkeiten bilden. Grobe Verstösse der Pfleglinge gegen die Hausordnung, ausser Trunkexcessen besonders auch Verweigerung der Arbeit, werden häufiger vorkommen. Wir werden daher allen Ernstes die Frage erörtern müssen, welche Disciplinarmittel hier zur Verfügung stehen sollen.

---

[1]) z. B. die Volkswohlschriften, herausgegeben von Böhmert & Bode, die Verhandlungen und Veröffentlichungen des Deutschen Vereins, Schriften von Bode, Bunge, Braune u. A.

Wir sind nun zunächst der Meinung, dass ein weitsehender Anstalts-Leiter mit seiner persönlichen Einwirkung ein weises Maass halten wird, dass vom Ignoriren des ersten Falles und vom gütlichen Zuspruch bei der Wiederholung bis zum einfachen Tadel und schliesslich zum strengen Verweise eine lange Stufenleiter bleiben wird, die häufig allein ihr Ziel erreicht.

Mat hat als weiteres Disciplinarmittel eine besondere Arbeitszulage vorgeschlagen und in vielen Irrenanstalten durchgeführt, indem hier die Arbeitenden ausser der gewöhnlichen Verpflegung extra ein Getränk oder etwa Belag zum Frühstücksbrote oder dergleichen erhalten, eine Zulage, die mit jeder Unterbrechung der Arbeit wegfällt. Wir können einer Uebernahme dieser Einrichtung für die Trinkerheilanstalt nicht das Wort reden. Bei einem Strikenden, der sich ohnehin aus der Veranlassung seiner Arbeitsverweigerung in einer krankhaften Verstimmung befindet, löst in dem kleinen Kreise der Anstalt die Schmälerung der Kost leicht eine heftige persönliche Gereiztheit aus, die dann für die ganze Behandlung viel störender ist, als wenn der Feiernde, unbeachtet gelassen, nach einigen Tagen dem Beispiel seiner Kameraden wieder gefolgt wäre. Die Angehörigen werden dem Kranken bei bezüglichen Klagen stets Gehör schenken. Und wirklich scheint es ein irrationelles Behandlungsmittel in einer Heilanstalt, zur Förderung ihrer Zwecke die Ernährungsverhältnisse ihrer Pfleglinge vorübergehend herabzusetzen. Für Ausnahmefälle mag man immerhin dem Anstalts-Leiter das Recht einer derartigen Kostbeschränkung zugestehen.

Etwas anders liegt die Sache mit der Gewährung von Taback und Cigarren, die man in nicht zu unmässiger Weise Trinkern im allgemeinen gern gestatten wird. Tabackrauchen wird von diesen selbst wohl ausnahmslos als ein Genussmittel angesehen, dessen Darreichung nur als Arbeitsbelohnung ihrem Empfinden nicht widersprechen würde.

Wohl nur in einer öffentlichen und im wesentlichen nur von Angehörigen der unteren Stände besetzten Trinkeranstalt durchzuführen wäre als Arbeitsermunterung eine ganz anders-

geartete Maassregel, welche einerseits die grosse Arbeitskraft der vor dem Alkohol bewahrten Trinker wirthschaftlich auszunutzen, andererseits die Lage der Familien der Trinker für die Dauer ihres Anstalts-Aufenthalts zu erleichtern bestrebt ist: Jeder Pflegling erhält als Arbeitslohn pro Tag je nach der Leistung etwa 0,25 bis 0,50 Mark. Das Geld wird den Pfleglingen nicht ausbezahlt, sondern nach dem Ansatze des Hausvaters (Inspektors) am Ende der Woche gutgeschrieben. Die von dem Pflegling verdiente Summe wird dann entweder von dem zu bezahlenden Pflegegelde in Abzug gebracht oder, wenn der Betreffende kein Pflegegeld bezahlt, doch abzüglich seiner Schuld in Rechnung gebracht. Oder endlich wenn die Angehörigen durch die Asylirung des Trinkers in Noth gerathen sind resp. sonst Armenunterstützung erhalten müssten, wird die verdiente Summe monatlich der Familie übersandt. Der hier als Beispiel genannte Tageslohn bedarf vielleicht, je nach den Verhältnissen, einer Aenderung; seine Normirung entspringt der Erwägung, dass auf diese Weise jeder Kranke etwa $^{1}/_{3}$ des Selbstkostenpreises seiner Verpflegung und, wenn das Pflegegeld wegen der entstehenden Baarauslagen etwas höher als die Selbstkosten angesetzt wird, doch noch etwa $^{1}/_{4}$ des Pflegegeldes sich selbst verdienen resp. seinen Angehörigen zu Gute kommen lassen kann. Es bedarf wohl keiner Ausführung, wie sehr eine derartige Einrichtung im Stande ist, die Arbeitsfreudigkeit und das Selbstgefühl eines jeden Pfleglings zu erhöhen, wie viel froher und leichteren Herzens eine Familie ihren Ernährer der rettenden Anstalt übergäbe, in welchem Grade die Arbeitsleistungen und damit auch das Einnahmekonto des Anstalts-Etats in die Höhe gehen würden.

Baares Geld sollen die Kranken ausser mit ausnahmsweise für einen speziellen Zweck ertheilter Erlaubniss nicht bei sich führen.

Die Verfügung über Geldmittel würde die Pfleglinge der Kontrolle, der ihr Handeln doch bedarf, z. B. für den Plan einer Entweichung, fast völlig entziehen. Von Verwandten an die Pfleglinge gesandte Geldgeschenke werden deren Guthaben zugeschrieben. Wir kommen damit zu dem schwierigen Kapitel

des Brief- und Packetverkehrs der Pfleglinge. Man hat in dem Konflikt zwischen Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Kranken und dem Kontrollbedürfniss der Anstalt in England komplizirte Vorschriften erlassen, nach denen Briefschaften, die der Förderung der Trunksucht verdächtig sind, dem Kranken zwar ausgehändigt werden müssen, aber formell in seiner Gegenwart vom Anstalts-Leiter geöffnet werden dürfen. Unseres Erachtens kann die Sache einfacher gestaltet werden. Das ganze Seelenleben eines wegen Trunksucht in die Anstalt Gebrachten, die intimste Misère seines ehelichen und Familienlebens kommt ohnehin so vollständig zur Kenntniss des zur Wahrung des Berufsgeheimnisses selbstverständlich verpflichteten Anstalts-Leiters, dass durch die spätere Kontrolle des Briefwechsels neue wesentliche Unannehmlichkeiten in dieser Beziehung kaum entstehen können. Andererseits ist gerade die Lektüre der Briefe ein bequemes und sicheres Mittel für den Anstalts-Leiter, die richtige Fühlung mit den Ideen und Plänen seiner Schutzbefohlenen und ihrer Angehörigen stets zu behalten. Allerdings das Einbehalten eines zur Absendung bestimmten oder angekommenen Briefes würde in jedem Falle grosse Verstimmung hervorrufen und erscheint ganz zwecklos. Enthält einmal ein abgesandter Brief die Verleumdung eines Angestellten, versteckte Verabredung zu einem Trunkexcess, einer Entweichung, so kann ja der Anstalts-Leiter nach Kenntnissnahme die Wirkung — etwa durch Hinzufügung einiger Zeilen — paralysiren, die Absendung aber braucht er in keinem Falle zu unterlassen. Das Anstalts-Reglement enthält also zweckmässig folgende Bestimmung: „Briefe und Packete an Pfleglinge und von denselben passiren ungehindert, gehen aber sämmtlich durch die Hand des Direktors. Nicht ausgehändigt werden Spirituosen und Geldsendungen, welch letztere dem Guthaben des Pfleglings zugeschrieben werden“.

Die Zahlstelle für das Pflegegeld, wie die Hauptkasse befinden sich, schon zur Entlastung ihres Leiters, zweckmässig nicht in derselben, sondern, wenn angängig, im Nachbarorte. Bei besitzenden freiwilligen Pensionären kann der Zahlungsmodus nach dem Vorgange einiger Trinkerasyle so geregelt

werden, dass am Anfang des I. Quartals 4/10 des gesammten Pflegegeldes, am Anfang des II. 3/10, des III. 2/10 und des IV. 1/10 erhoben wird. Der vorzeitigen Unterbrechung der Behandlung wird durch diese Maassregel in sehr glücklicher Weise vorgebeugt.

Die Aufsicht der Anstalt hat noch eine verhängnissvolle, bei Trinkern nicht seltene Neigung zu berücksichtigen, die wir bisher nicht berührt haben, den Trieb zum Selbstmord. Langdauernde oder tiefe Verstimmungen der Pfleglinge fordern schon aus diesem Grunde Beachtung. Auch wird es sich empfehlen, bei der Vertheilung der Pfleglinge in Zimmer- und Arbeitsplätzen im allgemeinen nicht unter die Zahl 2 herunterzugehen, so dass immer noch eine gegenseitige Beaufsichtigung statthat.

Es giebt eine Reihe von Elementen unter den Trinkern, welche schon das Aufnahme-Reglement der Trinkerheilanstalt zurückweisen muss. Hauptsächlich aus diesem Grunde wird von den meisten Anstalten vor der Aufnahme die Einsendung eines ärztlicherseits ausgefüllten Fragebogens verlangt, welcher die betreffenden Kriterien enthält. Häufig muss noch nach längerem Anstalts-Aufenthalte ein diesen Kategorien zugehöriger Kranker ausgesondert werden. Geisteskranke jeder Form sind zuvörderst bedingungslos auszuschliessen.

In zweiter Linie kommen in Betracht die kriminellen, von Jugend auf depravirten und häufig bestraften Trinker. Es giebt in dieser Kategorie häufig Individuen, die ihrer ganzen Natur nach immer wieder jede Ordnung durchbrechen und eines festeren Zwanges bedürfen, als die Trinkeranstalt ihn auszuüben vermag. Bei der Aufnahme wird man immerhin, auch wenn der Fragebogen eine kleine Gefängnissstrafe meldet, etwas weitherziger sein können und erst von der weiteren Beobachtung das Verbleiben in der Anstalts-Behandlung abhängig machen. Was soll nun ans diesen abgewiesenen Elementen werden? Forel hat den glücklichen Vorschlag gemacht, die Korrektions- und Arbeitshäuser durch Einführung der Abstinenz für dieselben zu Trinkerasylen zu gestalten. Allerdings müsste die Beibehaltung der Abstinenz nach der Ent-

lassung angestrebt werden. Die Vereine für entlassene Gefangene haben schon lange ihr Augenmerk auf die Trunkfälligkeit als ersten Schritt zu neuen Verbrechen gerichtet. Wird auch nur ein sehr geringer Theil der Arbeitshäusler ihrem traurigen circulus vitiosus zu entreissen sein, so erscheint doch der Versuch angezeigt, für diese wenigen dem § 361 unseres Strafgesetzbuches eine segensreiche Wirkung zu schaffen, da nur eine bestehende Organisation neuen Zwecken dienstbar gemacht zu werden braucht.

Können drittens Epileptiker zusammen mit unseren Trinkern behandelt werden? Die Frage hat darum etwas verlockendes, weil mit ihrer Bejahung die öffentliche Fürsorge für Trinker sehr leicht durch Zuweisung an die schon bestehenden Epileptiker-Anstalten möglich wäre. Dennoch muss der Gedanke einer solchen Verschmelzung und zwar im Interesse der Trinker zurückgewiesen werden. Schon der furchtbare Anblick schwerer Krampfanfälle kann Geistesgesunden, die nicht an Krämpfen leiden, kaum zugemuthet werden. Die Pflege der nach Anfällen tagelang bettlägerigen und benommenen Epileptiker würde den arbeitsfrischen Charakter der Trinkerheilanstalt empfindlich verändern. Vor allem aber kommt in Betracht, dass die Krampfkranken bei der Unheilbarkeit ihres Leidens meist Zeit ihres Lebens der Anstalt bedürfen und in dem Rahmen einer ihre Plätze immer erneut verwerthenden Heilanstalt bald als lästiger Ballast empfunden würden. Die Alkoholepileptiker mit ihrer vorgeschrittenen Degeneration gehören zum grössten Theil gleichzeitig in die Kategorie der kriminellen Trinker. Kommt doch einmal ein solcher Kranker, von dessen seltenen Anfällen nichts qekannt geworden, in eine Trinkerheilanstalt, so kann er hier, unter der Wirkung der Abstinenz ohne Antälle, ein ganz brauchbares Mitglied werden. Nach der Entlassung wird er aber bald wieder dem Trunke und seinen Folgen verfallen.

Wohl aber giebt es noch eine andere Klasse von Kranken, die vorzüglich in die Trinkerheilanstalt hineinpassen: es sind die Morphinisten, Kokainisten und anderen Giften Fröhnende. Ganz wie die Trinker bedürfen sie auch nach der Entlassung noch der schützenden Hand. Die Anwesenheit einiger Morphi-

nisten würde dem Wirkungskreise des Anstaltsleiters eine wünschenswerthe Abwechselung zutragen, dem Charakter des Asyls als einer Heilanstalt könnte sie nur förderlich sein.

Die stillschweigende Voraussetzung für alle bisher erörterten Einrichtungen der Anstalt war, dass dieselbe nur von Trinkern männlichen Geschlechts besucht ist. In der That würde die Anwesenheit von kranken Frauen bei der gewährten Bewegungsfreiheit zu vielen Unzulänglichkeiten, besonders auf sexuellem Gebiete führen. Wo auch bei uns in Deutschland das Bedürfniss nach einer Fürsorge für Trinkerinnen hervortritt wie in Schlesien, bleibt nichts übrig, als eigene Anstalten für dieselben zu errichten.

In der engen Berührung der Anstalt ist ein gedeihliches Zusammenleben nur bei annähernd gleichem sozialen Niveau der Pfleglinge möglich. Die jetzigen deutschen Trinkeranstalten, die ein immerhin bedeutendes Pflegegeld verlangen oder es nur unter besonderen, den Leitern oder Gönnern der Anstalt bekannt gewordenen Verhältnissen erlassen, rekrutiren sich nicht eigentlich aus der breitesten Schicht des Volkes, sondern aus kleinbürgerlichen Kreisen, Handwerkern u. s. w.; dazu treten wenige heruntergekommene Angehörige höherer Stände. Es ist zu hoffen, dass die Asyle der Zukunft noch mehr als bisher dem Elend unserer Arbeiterbevölkerung zu Hülfe kommen können.

Die Errichtung eigener Trinkeranstalten für Gebildete analog unseren Privat-Irrenanstalten — diese Entwicklung wird nicht aufzuhalten sein — wird dafür im wesentlichen der Erwerbsthätigkeit zufallen, die übrigens jetzt schon diese Aufgabe mehrfach nicht nur sachentsprechend gelöst, sondern weitere Anregungen für die Allgemeinheit geboten hat.

Die Dauer des Anstalts-Aufenthalts soll im allgemeinen aus den früher dargelegten Gründen ein Jahr sein. Während dieser Frist wird der Anstalts-Leiter auch Zeit und Gelegenheit gewinnen, die Angehörigen des Pfleglings und seine wirthschaftlichen Verhältnisse kennen zu lernen sowie mit den ersteren eine etwaige, für die Zukunft nöthig erachtete Veränderung der Existenzbedingungen zu vereinbaren. Die Zahl der aufzunehmenden Pfleglinge kann nur eine beschränkte sein, soll dem

Einzelnen nicht das erforderliche Maass persönlicher Einwirkung des Anstalts-Leiters, dem Ganzen das erwärmende Gefühl der Zusammengehörigkeit verloren gehen. Wird infolge des Bedürfnisses und aus finanziellen Gründen diese Zahl auch künftig höher als bisher sein müssen, so darf sie 50 bis 100 doch nicht wesentlich übersteigen.

Das Personal der Anstalt muss ausser dem ersten Adlatus des Leiters, den nöthigen weiblichen Personen für Koch- und Waschküche (Frau des Hausvaters) noch einige Angestellten zählen, die im wesentlichen in gemeinschaftlicher Arbeit mit den Pfleglingen beschäftigt und zugleich mit deren Beaufsichtigung betraut sind. Man soll sie jedoch nicht Wärter oder Pfleger nennen, sondern mag sie nach ihrer Hauptfunktion Gutsknecht, Tischler, Futtermann oder dergleichen taufen. Für ihre Zahl gegenüber den Pfleglingen mag neben unseren früheren Erwägungen das alte in Irren-Anstalten für die Aufsicht erprobte Verhältniss 1 : 10 massgebend sein.

Der Anstalts-Leiter muss ausgedehnte Beurlaubungsbefugniss für seine Schutzbefohlenen besitzen; durch Gewährung von Freiheiten, von kleinen Spaziergängen aus der Anstalt an bis zu Besuchsreisen zu den Angehörigen wird er die Widerstandskraft der Pfleglinge allmählich zu erproben und zu kräftigen suchen. Schliesslich muss in besonderen Fällen, wo die gewöhnliche Entlassung zu gewagt erscheint, eine bis 3 monatliche Beurlaubung die Möglichkeit für eine Probe gewähren, ob der Pflegling selbstständig ausserhalb der Anstalt existiren kann.

Wir kommen damit zu der schwierigen Aufgabe der Vorbereitung und Sicherung der Entlassung. Jetzt muss nun die Arbeit des Jahres auch an den Angehörigen ihre Früchte tragen. Die Familie und die Freunde des Trinkers müssen kennen gelernt haben, wie verhängnissvoll der erste neue Zug aus der Flasche sein muss, wie die wiedergewonnene leibliche und seelische Gesundheit unter der rasch sich steigernden Alkoholwirkung wieder zusammenbricht — kurz wie alle Mühen und Kosten der Behandlung umsonst waren, wenn es nicht gelingt, den Entlassenen dauernd bei totaler Abstinenz zu erhalten. Am ehesten wird von der Einwirkung der nächsten Umgebung

des Entlassenen etwas zu hoffen sein, wenn es dem Anstalts-Leiter gelungen ist, auch diese im Interesse des Kranken zur Annahme der Totalabstinenz zu bewegen.

Ein zweites, noch schwerer zu erreichendes Ziel ist die Konsolidirung der wirthschaftlichen und der übrigen lebenswichtigen Existenzbedingungen des Entlassenen. Ein Bruchtheil der Trinker huldigt (Moeli u. A.) der Leidenschaft nur unter dem Drucke widriger Familienverhältnisse, finanzieller Sorgen und anderer Erregungen. In der Ruhe der Anstalt verlieren diese Elemente sogar den Trieb nach dem Alkohol. Unter Berücksichtigung dieser Erfahrungen und insbesondere nach den einzelnen früher erörterten individuellen Ursachen der Trunkfälligkeit wird der Anstalts-Leiter in Berathung mit der Familie versuchen, seinen Pflegling unter günstigere Bedingungen zu stellen, frühere Beunruhigung zu beseitigen oder wenigstens durch seine Warnungen fernzuhalten.

Trotz aller Mühe wird es jedoch oft genug nicht gelingen, in der früheren Umgebung des Trinkers befriedigende Verhältnisse zu schaffen, eine Erkenntniss, die sich manchmal erst durch die Rückkehr des gescheiterten Pfleglings wird gewinnen lassen. Dann wird es der Anstalts-Leiter versuchen, meist allerdings unter Zumuthung eines Berufswechsels, dem Pflegling einen neuen Dienst in einer Familie zu verschaffen, am Besten in der Umgebung der Anstalt. Bei der jetzigen starken Nachfrage nach Arbeitskräften in der Landwirthschaft wird die Anstalt für ihre Pfleglinge, die sie aus Fabrikarbeitern, Handarbeitern, Kellnern zu landwirthschaftlichen Arbeitern umgewandelt hat, unschwer Stellungen bei kleinen Besitzern finden können. Grössere Güter eignen sich für die Unterbringung von Trinkern nur, wenn der Besitzer für besondere antialkoholistische Massnahmen, Verbannung des Schnapses von der Arbeit. Gewährung von Ersatzgetränken und dergleichen, gewonnen sein sollte, da sonst die Kameraden des Entlassenen hier denselben unheilvollen Einfluss ausüben würden, wie in der Fabrik, Allerdings eine weitere Mühewaltung des Anstalts-Leiters! Er wird gesellschaftliche Beziehungen zu der Umgebung der Anstalt pflegen, wird durch Einladungen zu Anstaltsfesten, zu

kleinen Aufführungen das Interesse der Umwohner für die Ziele der Anstalt wachrufen, vielleicht auch durch Vorträge in den gemeinnützigen Vereinen der Gegend weitere Kreise aufklären und gewinnen.

In diesem Zusammenhange muss noch einer von Salem empfohlenen Institution gedacht werden. Um seinen Rath nicht nur der Familie des aufgenommenen Pfleglings, sondern auch anderen Trinkern des Rekrutirungsbezirks leihen zu können, wird der Anstalts-Leiter bestimmte Sprechstunden oder mit Rücksicht auf die Entfernungen und eigene Reisen bestimmte Sprechtage in der Anstalt abhalten. In solcher sehr besuchten „Poliklinik“ wird er seinen eigenen Gesichtskreis erweitern, manche Alkoholisten noch zur rechten Zeit der Behandlung gewinnen, viel Aufklärung verbreiten und der Anstalt in der näheren und weiteren Umgebung Freunde und Gönner gewinnen. Gestützt auf so vermehrte Beziehungen, wird er eher für einen Entlassenen einen angemessenen Dienst finden können. Mag immerhin eine besondere Organisation in grösserer Zahl solche für die Aufnahme ehemaliger Trinker passenden Stellungen ausfindig machen und bereit stellen, einen praktischen Nutzen wird sie nur in engster Anlehnung an die Trinkerheilanstalt und dessen Leiter stiften.

Eine eigenartige, höchst beachtenswerthe Organisation für die Unterbringung ihrer entlassenen, aber noch der Aufsicht bedürftigen Kranken hat die Anstalt Uchtspringe auf die Initiative des Direktors Alt gewählt. In 7 kleinen, einstöckigen Doppel-Häuschen wohnen, $^1/_4$ Stunde von der Hauptanstalt, 14 verheirathete Wärter mit ihren Familien, zu welchen erstere Abends 6 Uhr nach Beendigung des Dienstes heimkehren. In diesen Familien sind zugleich 42 Kranke in Pflege gegeben, dieselben wohnen im 1. Stock, während die Familienwohnung parterre belegen ist. Jedes Häuschen ist von einem Stück Gartenland umgeben. Täglich 1 mal besucht ein Arzt aus der Anstalt die Kolonie. Es wird beabsichtigt, allmählich dieselbe zu vergrössern und hier auch den pensionirten Wärtern Wohnungen zu gewähren, sodass diese Familienpflege eine immer sachverständigere werden wird.

Wenn es auf einem der vielen vorbezeichneten Wege nun gelungen ist, den ehemaligen Trinker in einigermassen günstige Verhältnisse zu versetzen, so droht doch noch bei der ausschliesslichen Beherrschung unseres geselligen Lebens durch die Trinksitten eine neue Gefahr. Unser Pflegling mag bei einem verständigen Bauer im Dienste sein, der ihn zu Hause vor der Flasche sicher bewahrt. Sucht er nun Sonntags Geselligkeit, geht er zum Kegeln oder zum Tanz, so wird er auch dem Genuss von Bier und Schnaps sich kaum entziehen können. Hier treten nun als Bundesgenossen die Temperenzvereine auf den Plan, mit denen die Trinkeranstalt die engste Fühlung unterhalten muss. Sie gewähren ihren Mitgliedern Geselligkeit ohne die Gefahren des Wirthshauslebens, sie sind denselben vor allem durch die gleiche Gesinnung der Gefährten eine moralische Stütze in der Bewahrung der Abstinenz. Der grösste und wichtigste dieser Verbände im evangelischen Deutschland ist der aus der Schweiz nach Deutschland verpflanzte „Internationale Verband der Mässigkeitsvereine des Blauen Kreuzes“ [1]) mit 32,000 deutschen Mitgliedern. Das Blaue Kreuz nimmt ausser den statutengemäss abstinenten Mitgliedern (geheilten Trinkern und solchen, die durch ihr Beispiel wirken wollen) auch „Freunde“ an, die nicht zur Enthaltsamkeit verpflichtet sind. Die früher weitverbreiteten und blühenden katholischen Mässigkeitsbruderschaften haben erst in letzter Zeit eine neue Belebung erfahren. Der Guttempler Orden [2]) arbeitet mit freimaurerischen Formen und zählt in Deutschland etwa 4000 Mitglieder, die sich auf 100 Ortslogen vertheilen.

Der zur Entlassung kommende Pflegling wird sich leicht bestimmen lassen, einem der genannten Enthaltsamkeitsvereine beizutreten. Keinesfalls darf er aber darum die Verbindung mit der Anstalt verlieren. Eine regelmässige, wenn auch in grossen Zeitintervallen geführte Korrespondenz muss von vornherein angestrebt werden. Die Pfleglinge geben über ihr Be-

---

[1]) Martius, Handbuch der deutschen Trinker und Trunksuchtsfrage.

[2]) Forel, Der Guttempler-Orden.

finden, besonders über die Bewahrung der Abstinenz Nachricht, vielleicht zum mindesten aus Anlass des Jahreswechsels, sie erhalten dafür durch Drucksachen, Jahresberichte, Kunde vom Leben der Anstalt, auch schriftliche Rathschläge und Mittheilungen, sofern ein individuelles Eingehen nothwendig wird. Durch gelegentliche Besuchsreisen muss sich der Anstalts-Leiter zudem persönlich über die Verhältnisse und den Zustand des Entlassenen sowie über das Urtheil der Angehörigen oder des Dienstherrn orientiren.

Alle zur Kenntniss gelangenden wichtigeren Nachrichten über das Ergehen der ehemaligen Pfleglinge werden wiederum in die Journale eingetragen. Dieselben bieten so dem Anstalts-Leiter, soweit er sich auf seine Erinnerung nicht verlassen kann, einen Anhalt für die Erledigung aller im Einzelfalle noch auftretenden Fragen. Sie werden aber auch später in ihrer Gesammtheit der Beantwortung mancher noch unentschiedener Frage über die Ursache, Erscheinung und die Behandlung des Alkoholismus eine wahrhaft wissenschaftliche Grundlage geben.

Steht so im Vordergrunde der Behandlung für alle bisher berührten Kranken die spätere Entlassung, so darf doch nicht verschwiegen werden, dass in grossen Trinkeranstalten sich künftig meist auch ein kleiner Stamm Entmündigter ansammeln wird, die nach vielerlei gescheiterten Versuchen dauernde oder wenigstens langjährige Insassen geworden sind. Auch die Irren-Anstalten werden die Tendenz haben, solche Alkoholisten an die Trinkerasyle abzugeben. Da dieselben fast durchweg in der Anstalt recht arbeitsfähig sind, so beeinträchtigt ein solcher Stamm, in der gebührenden Minorität, keineswegs die Zwecke der Anstalt, dient vielmehr eher dazu, die Neueintretenden rascher den Anstalts-Einrichtungen und verschiedenen Beschäftigungen zu assimiliren. Jeder Anstalts-Leiter wird von selbst Aufnahme und Entlassung solcher Elemente so reguliren, dass ihre Zahl nicht zu gross wird. Ihretwegen eine Scheidung zwischen Heilanstalten und Asylen zu machen, liegt keine genügende Veranlassung vor.

Es erübrigt an dieser Stelle bezüglich des Gesamtbetriebes der Trinkerheilanstalt die Bemerkung, dass derselbe zwar allen

billigen Anforderungen der Sauberkeit, der Hygiene, der Behaglichkeit der Verpflegung entsprechen, im übrigen aber von der peinlichsten Sparsamkeit beherrscht sein muss, um einerseits das ganze Werk wirthschaftlich lebensfähig zu erhalten, andererseits auch in dieser Beziehung vorbildlich die Kranken zu beeinflussen.

Aus der bisherigen Darstellung des inneren Lebens eines Trinkerasyls geht jedenfalls hervor, dass die Persönlichkeit des Anstalts-Leiters für das Gelingen der ganzen Arbeit von der allergrössten Wichtigkeit ist. Um so brennender wird die Frage, nach deren Beantwortung z. T. auch die weitere äussere Organisation sich richten wird. Wen soll man an die Spitze der Trinkeranstalt stellen? Von den verschiedenen Berufsarten kommen nach dem Wesen der näher präcisirten Aufgaben in erster Linie der Geistliche und der Irrenarzt in Betracht. Die zünftige Psychiatrie befindet sich für diese Entscheidung in der wenig angenehmen Position, welche sie übrigens bei der Regelung der Fürsorge für die Epileptiker schon einmal einnehmen musste: Die meisten deutschen Trinkerasyle sind durch die Initiative kirchlicher Kreise entstanden und stehen gemäss ihrer historischen Entwickelung unter geistlicher Leitung. Nun, da es sich um den definitiven Ausbau handelt, erhebt sich die Frage der irrenärztlichen Competenz! Und doch ist die Aufrollung der Frage im jetzigen Zeitpunkt naturgemäss, da sich die Ausgestaltung der Trinkerasyle infolge einer gänzlich veränderten Situation vollzieht. Bisher kamen in die Trinkeranstalten im allgemeinen nur die psychisch leichter afficirten Trinker, oder schwerer degenerierte Elemente mussten wenigstens, wenn es ihnen gefiel, entlassen werden. In Zukunft gelangen in die Trinkeranstalt in grösserer Zahl Personen, die infolge der chronischen Alkoholvergiftung soweit von der Breite psychischer Gesundheit abweichen, dass sie ihre Angelegenheiten nicht besorgen können oder die Sicherheit Anderer gefährden; Elemente, die bisher wegen hochgradiger Willensschwäche oder ihres gemeingefährlichen Treibens z. T. für kürzere Zeit in die Irren-Anstalt kamen. In das Trinkerasyl gelangen sie, nach dem neuen bürgerlichen Recht kraft der Autorität des Staats ihrer

bürgerlichen Freiheit beraubt, um hier durch den an Vormundsstelle waltenden Anstalts-Leiter über ihr Thun und Treiben, ja sogar über die Dauer ihrer Detinirung Bestimmung zu erfahren. Die Verantwortung dieses Bestimmungs-Rechtes ist nicht eine theoretische Deduktion, die nur für das Gewissen des Betroffenen eine Geltung hat. Gingen schon bisher die Beschwerden über widerrechtliche Freiheitsberaubung in Irren-Anstalten häufig von chronischen Alkoholisten aus, so werden die Trinkeranstalten besonders für die nächsten Jahre sich auf hämische Zeitungsartikel, sensationelle Broschüren, gerichtliche Wiederaufnahme-Verfahren betreffs der Entmündigung in reichlicher Fülle gefasst machen müssen. Das Rechtsbewusstsein eines grossen Theils unseres Volkes ist noch weit entfernt, die Defekte der Alkoholisten mit den ähnlichen psychischen Erkrankungen der Morphinisten auf eine Stufe zu setzen. Anhänger werden die angeblich rechtswidrig behandelten Trinker immer finden, zumal für manchen verbummelten Söffel auch unserer gebildeten Stände die Gefahr der Entmündigung nach dem neuen Rechte wie eine Bombe einschlagen wird. Die verantwortliche Gewalt aber über entmündigte Trinker wie Pression auf seine Thätigkeit, Beschränkung der Bewegungsfreiheit, Verweigerung der Entlassung kann nur ein erfahrener Irrenarzt ausüben, der in jahrelangen Studien auch die schwereren Formen alkoholistischer Seelenstörung in allen Uebergängen zu unseren gewöhnlichen Trinkern gesehen hat und nun bei letzteren auch die weniger ausgesprochenen Krankheitszeichen zu erkennen vermag, der überhaupt, mit allen Arten seelischer Erkrankung vertraut, ihre Analogie mit dem derzeitigen Zustand seiner Pfleglinge bemerken kann, der die verschiedenen Grade der chronischen Alkoholvergiftung und ihren wahrscheinlichen Verlauf zu beurtheilen vermag und der in all dieser Erfahrung die einzige Stütze für seine rechtlich so exzeptionelle Stellung jederzeit zur Verfügung hat. Dass die aus unseren Provinzial-Irrenanstalten hervorgehenden Aerzte in Bezug auf das no restraintsystem, auf die landwirthschaftliche Beschäftigung der Patienten, auf die verschiedensten Verwaltungsangelegenheiten, die Wohnung, Lagerung und Beköstigung der Kranken besonders

geschult sind, lässt sie zur Leitung einer Anstalt erst recht befähigt erscheinen.

In der Praxis wird sich für neu zu errichtende Anstalten diese Forderung leicht durchführen lassen, da überall ein benachbarter Geistlicher die ausser der psychiatrischen Leitung erforderliche seelsorgerische Einwirkung für die Anstaltspfleglinge gern übernehmen wird. Was soll nun aber aus den bestehenden Trinkerasylen werden? Vielleicht werden einige grössere in der Lage sein, einen Kompromiss mit den neuen Anforderungen zu schliessen und die Mitwirkung eines Psychiaters zu gewinnen. Die Mehrzahl dieser Asyle wird schon aus finanziellen Gründen keine Aenderung ihrer Organisation eintreten lassen können. Sollen mit ihnen die Früchte einer langjährigen Entwickelung zerstört werden? Der Ausweg scheint hier gegeben. Sie können wie bisher eine gedeihliche Wirksamkeit entfalten, nur müssen sie auch in Zukunft auf die Aufnahme entmündigter Trinker verzichten. Gerade die kleinen neuerdings mehrfach ins Leben gerufenen Asyle, die Haus und Hof einer hochherzigen Schenkung verdanken, durch lokale Vereine und Sammlungen unterhalten werden und 5—10 Kranke unter Aufsicht des Ortsgeistlichen durch einen biederen Hausvater und seine Frau gegen sehr geringe Pension verpflegen, scheinen trotz der principiellen Bedenken aus volkswirthschaftlichen Gründen der Erhaltung werth.

Als eine glücklichere Schöpfung muss die mehrorts bestehende Verbindung eines Trinkerasyls mit einer Arbeiter-Kolonie bezeichnet werden. Das überreiche Material, das eine Arbeiter-Kolonie nach der früher erörterten Natur ihrer Pfleglinge, einer Trinkeranstalt bietet, wird sich allerdings in praxi bei dem ausgebildeten Freiheitsdrange derselben nur selten der Trinkeranstalt zu längerer Behandlung überweisen lassen. Umgekehrt wird auch die Arbeiterkolonie aus den Behandlungsmaximen des Trinkerasyls wie der Heranziehung der Angehörigen, Verfolgung des Lebensweges der Entlassenen manche Anregung schöpfen.

Auch die psychiatrische Beaufsichtigung hat man im Nebenamt zu erreichen gestrebt. Aehnlich günstige lokale

Verhältnisse wie in Ellikon, wo zwei Direktoren benachbarter Irren-Anstalten das von einem Hausvater geleitete Asyl besuchen, werden sich allerdings selten wiederholen. Häufiger realisirbar wäre der in Oesterreich gemachte Vorschlag, das Trinkerasyl in geringe räumliche Entfernung an eine Irren-Anstalt anzugliedern. Zunächst halten wir das Odium, das von der letzteren bei solcher Verbindung im Publikum auch auf das Asyl übergehen und die Zahl besonders der freiwilligen Aufnahmen mindern würde, nicht für unbedenklich. Wir würden aus diesem Grunde eher noch der Verbindung mit einer Epileptiker-Anstalt das Wort reden. In allen Fällen aber ist zu fürchten, dass unter solchen Verquickungen die Arbeit der Trinkeranstalt Schaden leidet. Die Ziele derselben sind so eigenartige, ihre vielgestaltigen Mittel erfordern in dem Maasse eine volle Manneskraft, dass eine Leitung ihr kaum genügen kann, die ihre Lebensinteressen auf anderen Gebieten sucht.

Mit den technischen Geschäften, besonders in der Landwirthschaft, mit der Vertretung und Unterstützung des Leiters in allen Dienstzweigen wird dessen Adlatus, Hausvater oder Inspektor titulirt, ausreichend zu thun finden.

Es bleibt noch die Frage zu erörtern, ob die Trinkerheilanstalten öffentliche oder private sein sollen. Man hat, besonders in Nord-Amerika, die Erfahrung konstatiren wollen, dass öffentliche Trinkerasyle weniger prosperirten. Die Erfolge hängen, wir wir gesehen haben, wesentlich vom Geiste der führenden Persönlichkeit ab. Wir können nicht glauben, dass bei uns nicht auch beamtete Anstalts-Leiter sich finden würden, die durch Eifer und Opferwilligkeit für die vertretene Sache deren Gedeihen verbürgten. Für die Erhaltung der bestehenden Privatanstalten und ihrer segensreichen Wirkung haben wir uns schon ausgesprochen, mit der Maassgabe, dass sie bei unveränderter Organisation nur freiwillige Pfleglinge aufnehmen dürfen. — Daneben werden künftig hier und da durch die bisher so erfolgreiche Privat- und Vereinswohlthätigkeit Anstalten mit psychiatrischer Leitung entstehen, die auch entmündigte Trinker behandeln können.

Die Mitwirkung von Staat und Kommune ist dennoch für die Zukunft kaum zu entbehren. Der privatgenossenschaftlichen Finanzkraft ist bisher unerreicht geblieben und wird in Zukunft erst recht unerreichbar sein die breite Fürsorge für die gänzlich mittellosen Trinker, deren Asylirung z. T. auch noch eine Unterstützung der Familie fordert. Auch ist es eine kaum zweifelhafte Konsequenz der neuen Rechtslage, dass der Staat für die unmündigen Trinker, soweit sie hilfsbedürftig sind — und das sind die Mittellosen — ebenso Sorge tragen muss wie für hilfsbedürftige Geisteskranke. Wir haben schon gesehen, wie in Preussen diese Konsequenz wahrscheinlich durch Erweiterung des Gesetzes vom Juli 1891 gezogen wird; wir können jetzt unsere Anschauungen dahin präcisiren, dass „geeignet“ im Sinne dieses Gesetzes nur ganz selbstständige Provinzial-Trinkeranstalten wären, denen die Wiederherstellung der ihnen zugeführten Alkoholisten und ihre Bewahrung nach der Entlassung zufiele. Wie in solchen Anstalten die Ausnutzung der Arbeitskraft der Pfleglinge sowie die etwaige Unterstützung der Familie am besten zu erreichen wäre, haben wir berührt. Die Kommunal- und Landarmenverbände, denen die neuen Anstalten neue Lasten auferlegten, würden auf der anderen Seite häufig durch die rechtzeitige Rettung eines Trinkers sich vor dauernden Armenunterstützungs-Ausgaben bewahren. Auch wird gerade bei Trinkern nicht wie bei Geisteskranken und Epileptikern der Anspruch der Armenverbände auf spätere Einforderung der Verpflegungskosten allein auf dem Papier stehen, sondern nach der wirthschaftlichen Rehabilitirung des Pfleglings in Ratenzahlungen noch einzuholen sein.

Ob auch, wie man vorgeschlagen hat, die Krankenkassen für das 1. Vierteljahr des Anstalts-Aufenthalts — länger läuft im allgemeinen ihre Unterstützungs-Pflicht nicht — herangezogen werden können, erscheint noch zweifelhaft. Die Krankenkasse kann zwar nach dem Gesetze statt baarer Leistungen „freie Kur- und Verpflegung in einem Krankenhause“ gewähren, „wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung stellt, welchen in der Familie nicht genügt

werden kann". Jede Kasse ist aber autorisirt, in ihr Statut eine Bestimmung aufzunehmen, dass „Versicherten, welche sich eine Krankheit durch Trunkfälligkeit . . . zugezogen haben . . . das Krankengeld nicht oder nur theilweise zu gewähren ist".

Aus den früheren Darlegungen verdient hier noch resumirt zu werden, dass die Kosten für Errichtung und Unterhaltung der Trinkerasyle den Provinzen erheblich niedriger zu stehen kommen würden, als diejenigen für Irren- und Epileptikeranstalten.

Es muss zugestanden werden, dass in diesem Zukunftsbilde die einzelnen Trinkerasyle ein etwas verschiedenes Aussehen zeigen, der Verlust der äusseren Uniformität erscheint jedoch ein geringer Nachtheil, wenn es dafür gelingt, alle geeigneten Kräfte unserem Ziele dienstbar zu machen. Die Einheit der inneren Einrichtungen allerdings, die Gleichmässigkeit der Behandlung der Pfleglinge vor allem, deren Mangel schon früher beklagt wurde, wird jetzt erst recht auf alle mögliche Weise anzustreben sein. Ein unscheinbares, aber doch bewährtes Mittel zu diesem Zwecke ist zunächst die Konstituirung eines Verbandes zum Austausch der Jahresberichte nach dem Vorbilde der öffentlichen und Privat-Irren-Anstalten. Jedes beitretende Trinkerasyl erhält alljährlich von der Centralstelle die Liste der Mitglieds-Anstalten, an welche es direkt seine Berichte absendet und von welchem es umgekehrt die dortigen empfängt. Des weiteren ist in Aussicht zu nehmen eine alljährliche Konferenz der Leiter der öffentlichen und privaten Trinkeranstalten. Die Vortheile eines Gedankenaustausches, gemeinsamer Beschlüsse u. s. w. bedürfen keiner weiteren Ausführung. Endlich ist zu erstreben eine centrale Aufsichtsbehörde, ein mit ähnlichen Befugnissen, wie in England ausgestatteter Generalinspektor der Trinkeranstalten. Da unsere politischen Verhältnisse für das ganze Reich eine derartige Institution nicht gestatten, ist sie wenigstens für die grösseren Einzelstaaten, besonders für Preussen zu verlangen. Man wird sich in der preussischen Verwaltung ungern zu einer Durchbrechung der Kompetenzen der lokalen Polizei- und Medizinal-Behörden entschliessen. Wie man jedoch ohne Schaden den sozialpolitischen

Bedürfnissen durch Anstellung eigener fachmännischer Fabrikinspektoren Rechnung getragen hat, so sind die Mittel und Ziele der Trinkerasyle so eigenartige, dass hier die Anstellung eines mit besonderer Vollmacht ausgestatteten Fachmanns unabweisbar erscheint.

Wir nähern uns dem Ende unserer Darlegungen über die innere und äussere Organisation der Trinkeranstalt. Welchen Namen man ihr beilegen will, ist eine herzlich irrelevante Frage. Die Bezeichnung „Trinkerheilanstalt" entspricht am besten dem Wesen der Sache. Allerdings haben wir statt von einer dauernden Heilung der Trinker lieber von einer Bewahrung vor Rückfällen gesprochen, da ein besonderer Trieb zum Alkohol zumeist bestehen bleibt. Wohl aber sind wir berechtigt, die Arbeit des Asyls, die körperliche und moralische Wiederherstellung im Einzelfall als eine Heilung zu bezeichnen, wie jedes Krankenhaus Patienten mit Gelenkrheumatismus, mit Kopfrose „als geheilt" entlässt, wenn auch ein erneuter Anfall sie noch oft der Behandlung wieder zuführt. Man hat gemeint, dass die Bezeichnung „(landwirthschaftliche) Kolonie" die Insassen weniger diskreditirte. Sehr zweckmässig erscheint jedenfalls die Hinzufügung eines besonderen Ortsnamens „Eichhof" „Wilhelmshütte" u. dergl.

Die Trinkerheilanstalt wird nach alledem im sozialen Leben unseres Volkes eine bedeutsame Rolle einnehmen, sie wird ihre Beamten durch ihre Wirksamkeit für viele Mühen des Berufes entschädigen. Die Resultate der Anstalt werden eben durch ihr Bestehen immer bessere werden, jeder zurückkehrende Pflegling wird ein Ansporn für die künftige Besserung seiner Existenzbedingungen sein. Allerdings fehlt hier noch in weiten Kreisen unseren Zielen die Unterstützung. Bestrebungen, wie sie in etwas grösserem Umfange von Böhmert in Sachsen zur Durchführung gelangt sind, harren bei uns allerorts noch vergeblich der Verwirklichung. Theatralische und musikalische Aufführungen an alkoholfreien Orten für geringes Entgelt, Kaffee- und Theehäuser, unentgeltliche Verabreichung von Ersatzgetränken in Fabriken und anderen grossen Betrieben und ähnliche Maassnahmen würden dem Entlassenen die Be-

wahrung der Abstinenz erleichtern und ihn dem Spotte seiner Kameraden entziehen. Sache der Trinkeranstalt wird es sein, bei jedem Scheitern eines Pfleglings offen und rückhaltslos die örtlichen Ursachen aufzudecken und ihre Beseitigung anzustreben.

So wird der Segen der Trinkerheilanstalt ein grosser sein. Eine allmählich immer grössere Zahl von Trunksüchtigen wird sie ihrer Leidenschaft entreissen, das furchtbare Elend der Familien der Trinker wird sie zeitweilig oder dauernd lindern, der Degeneration der Nachkommenschaft wird sie eine Schranke setzen. Alles in allem können wir den schweren gegen die Behandlung der Trinker erhobenen Einwänden gegenüber auch für unsere Sache das Bismarck'sche Wort in Anspruch nehmen: „heben wir sie in den Sattel, reiten wird sie von selbst lernen!“

III. Das Bürgerliche Gesetzbuch, ergänzende Bestimmungen und Massnahmen.

Das bürgerliche Gesetzbuch enthält noch einige spezielle Rechtsbestimmungen, die wir nicht unerwähnt lassen dürfen. Zunächst ist ein entmündigter Trinker nicht völlig geschäftsunfähig wie ein Geisteskranker, sondern er ist nur in seiner Geschäftsthätigkeit beschränkt wie ein Minderjähriger, der das 7. Lebensjahr vollendet hat (§§ 104, 106, 114). Er hat z. B. das Recht gültige Verträge zu schliessen (§ 110), wenn er „die vertragsmässige Leistung mit Mitteln bewirkt, die ihm zu diesem Zwecke oder zu freier Verfügung von dem Vormund oder mit dessen Zustimmung von einem Dritten überlassen worden sind“. Diese Bestimmung ermöglicht also, den entlassenen Pflegling auch ohne sofortige Aufhebung der Entmündigung innerhalb beliebig vom Vormunde oder vom beauftragten Anstalts-Leiter gezogenen Grenzen eine bürgerliche selbstständige Stellung einnehmen zu lassen.

Ein wegen Trunk nach der Eheschliessung Entmündigter ist ferner nach § 1336 berechtigt, eine Ehescheidung einzuleiten, ohne der Zustimmung seines Vormundes zu bedürfen.

Bezüglich der Wahl zum Vormunde lassen die Bestimmungen der §§ 1898—1900 dem Gerichte vollkommen Spielraum, die geeignetste Persönlichkeit zu berufen, indem weder eine Beschränkung auf den Verwandtenkreis noch ein Berufungsrecht der Eltern existirt.

Der § 1906 erlaubt, einen Volljährigen, dessen Entmündigung beantragt ist, unter vorläufige Vormundschaft zu stellen, „wenn das Vormundschaftsgericht es zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet". Für einen Trinker wird wohl höchst selten von diesem § Gebrauch gemacht werden.

Viel wichtiger als diese Einzelbestimmungen des Gesetzbuches sind für uns die Normen, nach denen das künftige Entmündigungs-Verfahren gegen Trunksüchtige seinen Lauf nehmen soll. Dieselben sind enthalten in der revidirten Zivilprozessordnung[1]), wie sie in der letzten Session des Reichstages zur Verabschiedung gelangt ist. Die Entmündigung wegen Trunksucht erfolgt auf Antrag vor dem Amtsgericht (621). Antragsberechtigt sind ohne Weiteres nur Ehegatte und die Verwandten, nicht der Staatsanwalt, auch nicht die Gemeinde- und Armenverwaltungen. Allerdings bleiben die landesgesetzlichen Vorschriften unberührt, welche z. B. in Bayern und Sachsen den Gemeinde- und Armenbehörden solches Antragsrecht verleihen (621 in Verbindung mit 595). Wir haben früher gesehen, welch grosses Interesse künftig die Armenverwaltungen an der Fürsorge für die Trunksüchtigen zu nehmen haben. Ein alleinstehender Säufer aber oder ein solcher, um den seine Verwandten sich nicht kümmern, dessen Ehefrau infolge jahrelang erduldeter Gewaltszenen gänzlich eingeschüchtert ist, würde demnach mangels einer zur Intervention berechtigten Behörde in den meisten deutschen Staaten auch in Zukunft ungestört seinen traurigen Weg bis zum gänzlichen Niedergang innehalten können. Es kann bei dieser Sachlage gar nicht ausbleiben,

[1]) Drucksachen des Deutschen Reichstages 1897/98, Nr. 61 und Beilage.

dass die Landesgesetzgebung überall noch nachträglich sich ein solches Antragsrecht sichern wird.

Für die Einleitung des Verfahrens ist das Amtsgericht, bei welchem der zu Entmündigende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat, ausschliesslich zuständig (596 a). Der schriftlich oder zu Protokoll eingereichte Antrag soll eine Angabe über die ihn begründenden Thatsachen und Beweismittel (Zeugen) enthalten (596). Aber auch dem zu Entmündigenden ist vor dem Termine Gelegenheit zur Bezeichnung von Beweismitteln zu geben (597). Das Gericht hat dann die zur Feststellung des Geisteszustandes erforderlichen Ermittelungen zu veranstalten, insbesondere ist eine vollständige, alle erheblichen Momente umfassende Beweisaufnahme angeordnet (597). Während nun bei Geisteskranken der Richter schon vor Einleitung des Verfahrens die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses anordnen kann (596 b), jedenfalls vor dem Urteilhsspruch einen oder mehrere Sachverständige zuziehen und hören muss (596 b, 598, 599), ist für die Entmündigung eines Trinkers die gutachtliche Mitwirkung eines Arztes überhaupt nicht vorgeschrieben. Der Entwurf geht hier von der Anschauung aus, dass der Richter allein durch Zeugenvernehmungen in der Lage ist, sowohl den Thatbestand der Trunksucht als auch das Vorhandensein eines oder mehrerer nach dem Bürgerlichen Gesetzbuche für die Entmündigung nothwendigen Kriterien festzustellen.

Wird auch in praxi in den meisten Fällen der Richter einen Sachverständigen hinzuziehen, so erscheint immerhin der gesetzliche Verzicht auf ein ärztliches Urtheil ein Missgriff. Einmal erscheint schon für den Thatbestand der „Trunksucht" die Konstatirung einer schweren alkoholischen Vergiftung des Nervensystems ebenso „erheblich" als die zeugeneidliche Feststellung des täglich genossenen Quantums. Zweitens ist doch die fachmännische Beurtheilung des Geisteszustandes vornehmlich für die Entscheidung, ob der betreffende Trinker seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, dem Richter eine werthvolle Unterstützung. Drittens aber — und das ist für unsere Ziele der springende Punkt — handelt es sich nicht allein um den gegenwärtigen Zustand des zu entmündigenden Trinkers,

sondern auch um die Prognose, um den wahrscheinlichen Verlauf. Der § 621a nämlich lautet: „Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlussfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde.“ Diese Bestimmung kann für die künftige Behandlung der Trunksüchtigen von der grössten Wichtigkeit werden. Erklärt im konkreten Falle der Sachverständige, dass der Zustand des Trinkers zwar die Kriterien der Entmündigung erfülle, aber besserungsfähig sei, so wird der Richter sich die Frage vorlegen müssen, ob und unter welchen Bedingungen „Aussicht“ auf Besserung „besteht“. Er wird demnach mit den modernen Anschauungen über die Behandlung der Trunksüchtigen, insbesondere der Erfahrung vertraut sein müssen, dass ein Trinker nur in der Trinkerheilanstalt wieder hergestellt werden kann. Er wird in dieser Erkenntniss dem zu entmündigenden den amtlichen Rath geben können, für die Dauer eines Jahres ein Trinkerasyl aufzusuchen mit der Massgabe, dass unter Erfüllung dieser Weisung die Beschlussfassung über die Entmündigung ausgesetzt wird. Zeigt alsdann der betreffende Trinker seinen Eintritt in ein Asyl an, so ist in geeigneten Intervallen der Anstalts-Leiter um Auskunft über den Zustand des Pfleglings, auch etwa 1 Jahr lang nach der Entlassung zu ersuchen und je nach dessen Bescheid das Verfahren wieder aufzunehmen oder weiter auszusetzen oder ohne Entmündigung abzuschliessen.

Sollte die praktische Handhabung dieses Paragraphen; woran wir nicht zweifeln, sich in dem gewünschten Sinne entwickeln, so würde in Zukunft in den Trinkerasylen zu den Kategorien der „Freiwilligen“ und der „Entmündigten“ noch eine dritte solcher Personen treten, die zur Vermeidung der wie ein Damoklesschwert stets über ihnen schwebenden Entmündigungsgefahr eine dauernde Besserung ihres Zustandes suchen, die allein ihnen ihre bürgerlichen Rechte erhalten kann. Für sie selbst wie ihre Familie wäre damit unter Umständen eine glückliche Aenderung erreicht, und doch die Unannehmlichkeit der Entmündigung vermieden.

Zu den letzteren ist gewiss auch die Wirkung des § 627 zu zählen: „Die Entmündigung einer Person . . . wegen Trunksucht . . . ist von dem Amtsgericht öffentlich bekannt zu machen." Mag diese Bestimmung zum Schutze Fremder vor geschäftlichen Aktionen mit dem Entmündigten nothwendig sein, sie stellt jedenfalls eine weitere Erschwerung für die Familie da, welche das Verfahren nur betreibt, um eines ihrer Mitglieder in die Anstalt zu bringen. Um so freudiger werden die Angehörigen es begrüssen, wenn sie durch die richterliche Einwirkung auf Grund des § 621[a] eine Anstalts-Behandlung ohne Entmündigung erreichen. — Die Kosten eines Entmündigungsverfahrens, die je nach dem Ausgange desselben dem Entmündigten oder dem Antragsteller zur Last fallen (622), sind wegen der Zeugen und Sachverständigen-Gebühren häufig nicht unerheblich.

Die Kosten wie die Unannehmlichkeiten des Entmündigungsverfahrens werden gleichmässig dazu beitragen, dass in den nächsten Jahren nach Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches nur eine beschränkte Zahl von Familien von ihrem Antragsrechte Gebrauch machen werden. Auch hat der Werth der Trinkerbehandlung in Anstalten noch zu wenig allgemeine Anerkennung gefunden, um in deren Interesse häufig zu Entmündigungen Anlass zu geben. Man hat nun, um die Unterbringung eines Trinkers in die Anstalt ohne die umständliche Prozedur der Entmündigung zu ermöglichen, nach dem Muster des St.-Gallen'schen Gesetzes oder des österreichischen Entwurfes vorgeschlagen, die Asylirung auf dem Verwaltungswege zu ermöglichen.[1]) Für Geisteskranke haben in allen deutschen Bundesstaaten die lokalen Verwaltungs- oder Polizei-Behörden das Recht, auf Antrag der Angehörigen die Verbringung in eine Irren-Anstalt zu genehmigen. Als Vorbedingung dieser Genehmigung ist, für öffentliche und Privat-Anstalten etwas verschieden, das Attest eines oder zweier Ärzte resp. eines Amts-

---

[1]) **Jolly**, Verhandlungen deutscher Irrenärzte zu Weimar 1891, **ferner**: Jahresversammlung des deutschen Vereins gegen Missbrauch geistiger Getränke 1892.

arztes vorgesehen. Solche Bestimmungen sind für Geisteskranke schon deshalb nothwendig, weil bei diesem in anderem Masse als bei Trinkern häufig Gefahr im Verzuge liegt. Aber auch sonst besteht hier eine grosse Differenz. Der Zustand der meisten, von den Angehörigen für die Irren-Anstalt bestimmten Geisteskranken ist schon für Laien, geschweige denn für den Fachmann so unzweideutig, dass man die Detinirung Gesunder aus persönlichen Notizen mit Recht in das Bereich der Fabel verweist und ein amtliches, aus eigener Beobachtung schöpfendes ärztliches Attest jedenfalls öffentlichen Glauben verdient. Der allgemeine Zustand des Trunksüchtigen ist doch häufig, wenigstens nach seinem Grade und der Nothwendigkeit des Anstalts-Aufenthaltes nicht so unzweifelhaft zu beurtheilen. Bekanntlich giebt es alle Stufen zwischen dem Gewohnheitstrinker, der trotz dieser Eigenschaft noch alle seine beruflichen und sozialen Pflichten erfüllt, und dem im Schmutz verkommenen Trunkenbolde. Bei einer Exploration treten aber die psychischen Defekte für den ärztlichen Sachverständigen oft wenig in die Erscheinung. Er ist daher sehr auf Angaben der Angehörigen angewiesen, die er jedoch auf ihre Wahrheit nicht durch zeugeneidliche Vernehmungen kontrolliren kann. Es wird allerdings trotzdem kaum jemals ein Nüchterner zum Trinker gestempelt werden, wohl aber könnte bezüglich des Grades der Trunksucht aus persönlichen Motiven und gelegentlichen Affekten seitens der Angehörigen eine Uebertreibung zur Erreichung der Detinirung versucht werden. Diese Ausnahmefälle können selbstverständlich nicht für alle Zukunft massgebend sein; für die nächsten Jahre aber, so lange die Entmündigung der Trinker zum Zweke ihrer Asylirung noch nicht in das Rechtsbewusstsein unseres Volkes übergegangen ist, erscheint eine verwaltungsrechtliche Regelung noch verfrüht. Später, wenn das Verlangen nach einer Anstalts-Behandlung der Trinker erst allgemeiner geworden, wird von selbst sich ein einfacherer, die Entmündigung umgehender modus ergeben. Auch die nöthigen Kautelen, etwa Aussage zweier glaubwürdiger Zeugen vor der Gemeinde oder Polizeibehörde, werden sich finden lassen. In der Praxis wird besonders eine bei Trinkern häufige Sachlage auf eine raschere

Abwickelung der Aufnahmeformalitäten für das Trinkerasyl drängen, der Ausbruch eines delirium tremens. Mag die Behandlung der ersten stürmischen Erscheinungen in der Familie, im Krankenhaus oder in der Irren-Anstalt stattfinden, immer ist die Thatsache schwerer Trunksucht und die Nothwendigkeit weiterer längerer Anstalts-Behandlung unzweifelhaft. Auch ist der Zeitpunkt, so lange der moralische, vom ersten Delirium meist hinterlassene schon noch andauert, besonders geeignet für die Ueberführung in ein Trinkerasyl. In Berücksichtigung dieses Spezialfalles müssten die vorgedachten, später zu erlassenden verwaltungsrechtlichen Bestimmungen die Gemeinde-Behörde autorisiren, auf Antrag der Angehörigen und auf Grund eines oder zweier, den Ausbruch eines del. tremens bekundenden Atteste zu genehmigen, dass der betreffende Kranke unmittelbar aus der hausärztlichen Behandlung, aus dem Krankenhaus oder der Irren-Anstalt für die Dauer eines Jahres in ein Trinkerasyl versetzt wird. Selbstverständlich setzen derartige Massnahmen das Bestehen öffentlicher oder privater, mit bestimmten Rechten ausgestatteter, unter besonderer staatlicher Aufsicht stehender Trinkeranstalten voraus, die vom allgemeinen Vertrauen des Publikums getragen werden.

Wir rekapituliren: Das kostspielige und zeitraubende Entmündigungsverfahren im allgemeinen der Asylirung vorauszuschicken, scheint wenig zweckmässig für Trinker, die zu ihrer Heilung der Anstalt zugeführt werden sollen. Es scheint für die Mehrzahl der Fälle eine verwaltungsrechtliche, mit den nöthigen Kautelen umgebene Ordnung ausreichend, wie sie für die Aufnahme von Geisteskranken seit lange funktionirt. Die Entmündigung bliebe dannals ultima ratio für besonders renitente oder nach wiederholter Anstalts-Behandlung rückfällige Trinker übrig. Unumgängliche Voraussetzung aber für die Handhabung eines solchen einfachen modus dünkt uns einerseits, dass sich die Rechtsanschauungen unseres Volkes mit der Anstalts-Behandlung der Trunksüchtigen in einigem Grade befreundet haben, andererseits dass entsprechend der neuen Rechtslage staatlich beaufsichtigte, öffentliches Vertrauen geniessende Trinkerasyle entstanden sind.

Aus beiden Gründen scheint es geboten, der einschneidenden, durch die Entmündigung der Trinker im Bürgerlichen Gesetzbuch geschaffenen Veränderungen auf civilrechtlichem Gebiete nicht sofort in gleicher Tendenz Verwaltungs-Normen folgen zu lassen.

Ganz entschieden müssen wir uns noch aussprechen gegen eine derartige Ordnung der Dinge, wie sie der österreichische Entwurf vorsieht, die dem Richter die Befugniss ertheilt, den Trinker in eine Anstalt zu versetzen. Eine solche Regelung, die die Fürsorge für Trunksüchtige einem Kapitel der Strafrechtspflege ähnlich macht, wäre geeignet, die Trinkerasyle auf's schwerste zu diskreditiren und in ihren eigentlichsten Zielen, der Wiederherstellung der Alkoholisten und der Bewahrung vor ihrer Leidenschaft, gänzlich lahm zu legen. Für diejenigen Elemente, welche der § 361 unseres Strafgesetzbuches in einer Weise characterisirt, die den Bedürfnissen der Praxis vorzüglich entspricht, wird künftig die nach dem Forel'schen Vorschlage zum Trinkerasyl gewordene Korrektions-Anstalt ihre Wirkung entfalten können. Der Gesetzgeber hat hier eine 2jährige Detentionsfrist gestattet. — Eine eigentliche Strafe für öffentliche Trunkenheit einzuführen, wie der § 18 des Entwurfs zum deutschen Trunksuchtsgesetz beabsichtigte, und ihr eventuell zwangsweise Unterbringung in die Trinkeranstalt folgen zu lassen, scheint in Deutschland ein aussichtsloses Unternehmen. Die moralisch verkommenen Elemente werden ohnehin kurz über lang dem Arbeitshaus verfallen. Für den Trinker aber, der noch auf einer höheren Kulturstufe steht, wird eine Haftstrafe wegen einer Extravaganz nur demoralisirend wirken. Nicht zuerst Strafe, sondern unmittelbar die Tendenz zu seiner Wiederherstellung muss ihn auf einem der bezeichneten Wege erreichen und vor Eintritt gänzlichen Verfalls der Trinkerheilanstalt zuführen.

Indem wir diesen Standpunkt festhalten, brauchen wir auf die Bestrebungen, die in der Trunkenheit bei Delikten ein strafverschärfendes Moment erblicken, nicht weiter einzugehen. Unser Strafgesetzbuch hat sich in dieser Frage auch nicht auf eine strafmildernde Anschauung festgelegt, es macht vielmehr die Zurechnungsfähigkeit in jedem einzelnen Falle ganz von der

geistigen Verfassung des Thäters im Augenblick der inkriminirten Handlung abhängig. Eine strafbare Handlung ist — nach § 51 — „nicht vorhanden, wenn der Thäter z. Zt. der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war“. Man hat darauf aufmersam[1]) gemacht, dass für die normale geistige Entwicklung die Strafmündigkeit schon im 12. Lebensjahre, die bürgerliche Mündigkeit erst im 21. Jahre beginnt. In analoger Weise ist bei Erwachsenen die Grenze der Zurechnungsfähigkeit auch abgesehen davon, dass sie von Fall zu Fall der Feststellung unterliegt, im allgemeinen weiter zu ziehen als die der bürgerlichen Dispositionsfähigkeit. Wenn künftig daher ein entmündigter Trinker vor seiner Verbringung in die Anstalt noch irgend einen Konflikt mit dem Strafgesetzbuche gehabt hat, und alsbald vom Staatsanwalt eine Anfrage über den Geisteszustand des Betreffenden einläuft, so wird auch diese z. T. recht schwierige gutachtliche Entscheidung den Leitern der Trinkerasyle naturgemäss zufallen. —

Man hat in England besondere Strafbestimmungen gegen denjenigen geschaffen, der geistige Getränke ohne Genehmigung des Anstalts-Leiters in Trinkerasyle einführt. Eine direkte Erleichterung für die Anstalts-Behandlung darf man sich von solcher Behandlung nicht versprechen. Wir haben früher erörtert, wie das Personal mit seinen ganzen inneren Einrichtungen für die Abstinenz gewonnen sein muss, um derselben auch wirklich treu zu bleiben. Gelingt bei einem einzelnen Angestellten dies nicht, so muss er bei Zeiten entlassen werden. Hier können auch Strafbestimmungen gegen ganz grobe Verstösse wie Einschmuggelung von Spirituosen nichts helfen. Anders steht es mit dem moralischen Effect. Eine thatsächliche Bestrafung eines fremden oder Angestellten nach solcher Bestimmung zeigt weithin in der Oeffentlichkeit, dass der Staat die Bestrebungen der Trinkerheilstätten anerkennt und unter seinen Schutz stellt. Da schon jetzt Begünstigung der Ent-

[1]) Strassmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin.

weichung aus Irren-Anstalten unter Strafe gestellt ist, so wäre hier eine legislative Erweiterung leicht einzuführen.

Es kann nach alledem kein Zweifel sein, dass es den nächsten Jahren gelingen wird, die innere und äussere Organisation der Trinkeranstalten sowie die Aufnahme-Bedingungen für ihre Pfleglinge auf das befriedigendste zu gestalten. Die Fürsorge für die Entlassenen, für die Bewahrung der mühsam gewonnenen Abstinenz, die mit dem Widerstande und der Interessenlosigkeit weiter Volksschichten zu kämpfen hat, wird wesentlich langsamere Fortschritte machen können. Tiefwurzelnde Lebensgewohnheiten unseres Volkes lassen sich nicht mit einem Schlage ändern. Die Bestrebungen zur Verminderung der Trinkgelegenheiten bei Arbeit und Erholung haben wir bereits erwähnt. Im weiteren Sinne müssen wir überhaupt alle prophylaktischen Massnahmen als eine Unterstützung auch der Fürsorge für entlassene Trinker ansehen. Ausserordentlich erziehlich würde z. B. in dieser Beziehung besonders auf unsere studirende Jugend wie unsere Arbeiterbevölkerung wirken, wenn das Kreditiren von geistigen Getränken wie in Belgien und Frankreich gesetzlich verboten würde, sodass Trinkschulden nicht mehr einklagbar wären. Die in Deutschland für den Bezirk des Kreises Meppen geltende ähnliche Verordnung hat dort sehr segensreich gewirkt. Doch liegt eine vollständige Erörterung aller der vorbeugenden Massregeln, die in ihrer Gesammtheit ein eigenes Gebiet in dem Kampfe gegen die Trunksucht bedeuten, ausserhalb des Rahmens unserer Aufgabe. Auf dem zweiten Arbeitsgebiete, in der Behandlung der Trunksüchtigen, wird in Zukunft noch eine Schwierigkeit zu überwinden sein. Für das Gelingen ihrer Arbeit ist das gedeihliche Zusammenwirken aller berufenen Kräfte erforderlich. Wir haben gesehen, dass deren viele sind.

Irrenarzt, Geistlicher und Abstinenzvereine sollen sich harmonisch in die Hände arbeiten, Beamte des Asyls sollen für die Enthaltsamkeit gewonnen werden. Die gesetzgebenden Faktoren wagen wir anzurufen. Die Hilfe der oberen und unteren Verwaltungs-Behörden wie der Armenverbände können wir nicht entbehren. Auch die Arbeitshäuser werden in den

Bereich der Trinkerbehandlung gezogen, ebenso die Arbeiterkolonien. Krankenhaus- und Irrenanstalts-Direktionen müssen Fühlung mit den Trinkerasylen haben. Dem Amtsrichter endlich wird im Entmündigungs-Verfahren die genaue Kenntniss der Trunksüchtigen-Behandlung unentbehrlich sein. Vor allem aber sind die praktischen Aerzte berufen, in den Familien Aufklärung zu verbreiten, eine frühzeitige Behandlung ihrer trunksüchtigen Patienten zu erwirken und auch sonst die Ziele der Trinkerasyle zu unterstützen.

Die Darstellung eines Einzelnen, auch wenn sie wie die vorliegende vielseitiger Unterstützung sich erfreuen konnte, kann nicht erwarten, dass ihre mannigfachen Vorschläge zur praktischen Ausgestaltung der Trinkerbehandlung sämmtlich der Verwirklichung werth befunden werden. Sie kann nicht mehr erstreben, als durch eine möglichst objektive Beleuchtung der Einzelfragen allen Mitarbeitern ein zuverlässiger Rathgeber zu sein.

Über

familiäre Irrenpflege.

Von

Dr. Konrad Alt

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt
Uchtspringe (Altmark).

Mit zwei Tafeln.

Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1899.

Sammlung

zwangloser Abhandlungen

aus dem Gebiete der

Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdozent Dr. Hoche in Strassburg, Privatdozent und Director Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Geh. Med.-Rat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. von Wagner in Wien, Sanitätsrat Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdozent Dr. Windscheid in Leipzig, Director Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. Konrad Alt,

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

II. Band, Heft 7/8.

Halle a. S.

Verlag von Carl Marhold.

1899.

DEM ANDENKEN

FERDINAND WAHRENDORFF'S

DES VATERS DER DEUTSCHEN FAMILIÄREN IRRENPFLEGE

GEWIDMET.

Über familiäre Irrenpflege.

Inhaltsübersicht.

Über familiäre Irrenpflege.

Von

Dr. Konrad Alt,

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt
Uchtspringe (Altmark).

Das zur Neige gehende neunzehnte Jahrhundert wird in der Geschichte der Irrenpflege allezeit als ein besonders gesegnetes gepriesen werden, weil mit seinem Anfang das Erwachen einer zielbewussten, geordneten öffentlichen Irrenfürsorge zusammenfällt, weil bei seinem Ende nahezu allerorten ein werkthätiger Wettkampf darüber entbrannt ist, wie am besten für die Geisteskranken gesorgt werden könne.

Das mag die Thatsache beweisen, dass gegenwärtig allein in unserem deutschen Vaterlande, abgesehen von zahlreichen und umfänglichen Erweiterungsbauten, zehn neue öffentliche Anstalten im Bau oder doch in den Vorarbeiten befindlich sind — in Altstrelitz, Berlin, Bremen, Crefeld, Galkhausen, Grossschweidnitz, Kiel (Klinik), Lüneburg, Schweinsberg i. Württemberg, Treptow a. d. Rega — und dass in Preussen die Zahl der in Anstalten verpflegten Geisteskranken, welche im Jahre 1875 nur 18761 betrug, 1896 bereits auf 62571 angewachsen war. Der Zugang allein ist von 5479 Personen im Jahre 1875 auf 19272 im Jahre 1896 gestiegen. Die Zahl der Aufnahmen im Jahre 1896 übersteigt demnach die Summe der im Jahre 1875 überhaupt in Anstalten Verpflegten.

Diese zahlenmässig in die Augen springende Bethätigung einer opferfreudigen Irrenfürsorge hat sogar vielfach zu der Meinung Anlass gegeben, dass in letzter Zeit eine unheimliche Zunahme dieser Gattung von Kranken stattfinde und dass diese Zunahme ein bedrohliches Anzeichen einer fortschreitenden Entartung unseres Volkes bedeute.

Eine derartige Befürchtung ist schon um deswillen ungerechtfertigt, weil nach den statistischen Erhebungen das Procentverhältnis der Geisteskranken zu Gesunden in der gleichen Zeit nicht nennenswert verschoben ist. So z. B. betrug nach dem eben erst veröffentlichten Jahresbericht des Königlich Sächsischen Landes-Medicinal-Collegiums im Jahr 1895 die Zahl der Geisteskranken 8622 = 22,76 ‰ der Bevölkerung, ein Procentsatz, der sich seit 1875 so gut wie nicht geändert hat.

Die Zunahme der Geisteskranken ist demnach eine bloss scheinbare, die erhebliche Vermehrung der Anstaltsinsassen ist gleichmässig mit der zunehmenden Zahl der verfügbaren Anstaltsplätze und der besseren Beschaffenheit der Irrenanstalten erfolgt. Noch ist der Bedarf an Plätzen auch nicht annähernd gedeckt. Selbst wenn noch weiter in gleichem Tempo neue Anstalten gebaut und auch anderweitig, worüber wir gerade heute sprechen wollen, geeignete Plätze gewonnen werden, vergehen Jahrzehnte darüber, bis die Zahl der Aufnahme heischenden Kranken nur mehr im Verhältnis zu der allgemeinen Bevölkerungszunahme wächst.

Mehr noch wie in der erheblich vervielfachten Zahl der Anstalten und der verfügbaren Anstaltsplätze giebt sich der im laufenden Jahrhundert in der Irrenpflege errungene gewaltige Fortschritt kund in der inneren Umgestaltung der Anstalten, in der veränderten Art der Pflege und Behandlung dieser Kranken.

Wenn wir eine moderne Irrenanstalt mit ihren schmucken, inmitten freundlicher Anlagen und Gärten zerstreut gelegenen Villen, mit ihren licht- und luftreichen, wohnlichen Zimmern durchwandern, ohne dass irgendwo unser Auge durch den Anblick von Gittern und Hofmauern verletzt wird, wenn wir in den Wirthschaftsräumen und Werkstätten, in den Parkanlagen und auf den Feldern, in Wald und Wiese überall fleissig und ruhig arbeitende Pfleglinge antreffen, wenn wir selbst in den wenigen geschlossenen Abteilungen für besonders Erregte die meisten Kranken ruhig in sauberen, weiss überzogenen Betten liegen sehen, wenn wir endlich die ganze einschlägige moderne Technik in den Dienst der Anstalt gestellt finden, dann möchte

die Schilderung, welche der Halle'sche Irrenarzt Reil im Beginn des Jahrhunderts von dem Aufenthalt und Aussehen der Irren entworfen hat, als maasslose Übertreibung erscheinen. Derselbe schreibt in seinen im Jahre 1802 erschienenen Rhapsodien:

„Wir sperren diese unglücklichen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbene Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadtthoren, oder in die feuchten Kellergeschosse der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie daselbst, angeschmiedet an Ketten in ihrem eigenen Unrath verfaulen. Ihre Fesseln haben ihr Fleisch bis auf die Knochen abgerieben, und ihre hohlen und bleichen Gesichter harren des nahen Grabes, das ihren Jammer und unsere Schande zudeckt. Man giebt sie der Neugierde des Pöbels Preis, und der gewinnsüchtige Wärter zerrt sie, wie seltene Bestien, um den müssigen Zuschauer zu belustigen."

„Peitschen, Ketten und Gefängnisse sind an der Tagesordnung. Die Officianten sind meistens gefühllose, pflichtvergessene, oder barbarische Menschen, die selten in der Kunst, Irrende zu lenken, über den Zirkel hinausgetreten sind, den sie mit ihrem Prügel beschreiben. Sie können die Pläne des Arztes nicht ausführen, weil sie zu dumm, oder sie wollen es nicht, weil sie niederträchtig genug sind, ihren Wucher der Genesung ihrer fetten Pensionäre vorzuziehen."

„In den meisten Irrenhäusern sind die Stuben eng, dumpf, finster, überfüllt, im Winter kalt wie die Höhlen der Eisbären am Nordpol, und im Sommer dem Brande des krankmachenden Syrius ausgesetzt. Es fehlt an geräumigen Plätzen zur Bewegung, an Anstalten zum Feldbau. Die ganze Verfassung dieser tollen Tollhäuser entspricht nicht dem Zweck der erträglichsten Aufbewahrung; und noch weniger der Heilung der Irrenden."

Und doch bürgen die Glaubwürdigkeit Reil's, sowie die gleichlautenden Berichte seiner Zeitgenossen dafür, dass die Schilderung der damaligen Lage der Irren nicht zu grell ist.

Der im Lauf unseres Jahrhunderts in der Irrenpflege erreichte Fortschritt ist demnach ein geradezu gewaltiger.

Jeder Fortschritt ist eine Frucht, die gereift ist auf dem Baume der Erkenntnis. Die grossartigen Erfolge, welche auf dem Gebiete der Irrenpflege errungen sind, wurzeln in der Überzeugung, dass die Geistesstörung Ausfluss einer Gehirnerkrankung ist, dass die Irrsinnigen ausnahmslos körperlich krank und deshalb der Obhut sachverständiger Ärzte anzuvertrauen sind. Wann und wo immer von dem Grundsatz abgewichen wurde, dass die Irren Gehirnleidende und dem Irrenarzt zu überantworten sind, haben die armen Kranken diesen Mangel an Erkenntnis bitter büssen müssen. Man darf ohne Übertreibung behaupten, dass in keiner einzigen nicht irrenärztlich geleiteten Anstalt die freie Behandlung zu ihrem vollen Rechte kommt. Die Einführung und regelrechte Durchführung der freien Behandlung setzt besondere irrenärztliche Ausbildung und Kenntnisse voraus. Sie ist ausschliesslich Werk der Irrenärzte.

„Wer die Litteratur des Irrenwesens studirt hat,“ erklärte Staatsminister Graf Posadowsky in der Reichstagssitzung vom 31. März 1898 officiell, „wer sich in diese Frage jemals vertieft hat, wird wissen, dass alle Verbesserungen in der Irrenpflege nicht ausgegangen sind von dem Drängen der Laien, sondern aus dem humanitären Gefühl der Irrenärzte heraus. Die Behandlung der Geisteskranken, nicht wie Verbrecher, wie Missethäter, sondern wie Kranke, die Internirung derselben nicht kasernenartig, sondern die Behandlung nach dem somatischen Verfahren, die Unterbringung familienweise, das Verfahren, ihnen möglichst persönliche Freiheit zu lassen, sie nur bei vorübergehenden Erregungszuständen von den übrigen Kranken abzuschliessen, alle diese humanitären, psychiatrischen Verbesserungen sind von den Irrenärzten selbst herbeigeführt.“ „Ich kann,“ so fuhr Excellenz Posadowsky fort, „aus meiner eigenen*) Erfahrung heraus erklären, dass die Irrenärzte manch-

*) Graf Posadowsky war früher Landeshauptmann der Provinz Posen und hat als solcher sich eingehend mit der praktischen Fürsorge für die Geisteskranken beschäftigt, auch grosse Verdienste um den Neubau und die zeitgemässe Ausgestaltung der ganz modernen Anstalt Dziekanka erworben.

mal in ihren humanitären Anschauungen, in der Behandlung von Kranken sogar soweit gehen, dass man als Laie das Gefühl hat, dass dadurch vielleicht die Sicherheit der andern Kranken und der Wärter gefährdet werden könnte."

In der That hat die freie Behandlung in den modernen deutschen Irrenanstalten, zumal denen mit colonialem Charakter, eine geradezu erstaunliche Ausdehnung und Vollkommenheit erlangt, wie dies auch von den Ausländern neidlos anerkannt wird. Und diese weitgehende Durchführung der freien Irrenbehandlung in Deutschland bedeutet einen culturellen Fortschritt, der zur Würdigung deutscher Geistes-Arbeit im Ausland nicht wenig beigetragen hat.

Vielleicht gerade deshalb, weil die freie Behandlung in vielen unserer Anstalten eine ziemlich vollkommene ist, da ihre denkbar weitgehende Ausbildung und Durchführung in den Anstalten unserer besten Irrenärzte Lebensaufgabe wurde, wollte eine Form der freien Irrenverpflegung in Deutschland nicht recht an Boden gewinnen, obwohl sie in Belgien und Schottland schon lange in grossem Umfange eingeführt ist und auch bei uns an einigen Orten anerkennenswerte Bewährung gefunden hat, die sogenannte familiäre Irrenpflege oder kurzweg die Familienpflege.

Aber schon regt sich vielerorten auch in Deutschland ein wohlwollendes, rühriges Interesse dafür und es bedarf blos eines einzigen wohldurchdachten, erfolggekrönten praktischen Versuches in grösserem Maassstab, um dieser freiesten, natürlichsten und auch billigsten aller Verpflegungsformen im nächsten Jahrhundert allgemeine Anerkennung, richtige Ausgestaltung und gebührende Ausdehnung zu verschaffen.

Die Familien-Irrenpflege ist so alt wie die Geisteskrankheit selbst. Denn längst schon, ehe es besondere Zufluchtsstätten für derartige Kranke gab, musste die eigene Familie wohl oder übel die Sorge und Verantwortung für sie übernehmen. Aber die eigene Familie ist, wie die Erfahrung aller Zeiten und Länder lehrt, nur in den seltensten Fällen zur Behandlung und Pflege der geisteskranken Angehörigen geeignet, weil sie, wie Geheimrat Wahrendorff treffend ausführte, dem Kranken meist nicht die nötige Ruhe und richtiges Verständnis für seine veränderte Stimmung und die Absonderlichkeit seines Seelenlebens entgegenbringt. Von der Pflege geisteskranker Angehörigen soll hier auch nicht geredet sein. Unter „Familienpflege" im irrenärztlichen Sprachgebrauch versteht man nicht die Pflege in der eigenen Familie, sondern die Unterbringung eines Geisteskranken gegen angemessene Vergütung in einer fremden Familie, welche im Umgange mit derartigen Kranken besondere Erfahrung und Geschicklichkeit besitzt, welche sich gewissermassen berufsmässig in den Dienst einer Anstalt und des Irrenarztes stellt.

Die Entwickelung einer derartigen Familienpflege reicht in ihren ersten Anfängen bis in das vorchristliche Altertum zurück. So wissen wir beispielsweise, dass die Geisteskranken in der Blütezeit des griechischen Altertums nach der Halbinsel Antikyra im korynthischen Meerbusen zu pilgern pflegten, um die dort in besonderer Güte wachsende Nieswurz (Helleborus) direct an Ort und Stelle einzunehmen und dadurch eine gründlichere Wirkung derselben bei Ausscheidung der *μέλαινα χολή*, der angenommenen Ursache der Geisteskrankheit zu erzielen. Daher schreibt sich das in Griechenland so verbreitete Sprüchwort bei Bezeichnung der an Geisteskrankheit leidenden Personen: Nach Antikyra reisen. Da nirgendwo einer Anstalt Erwähnung geschieht, ist wohl anzunehmen, dass die zahlreichen in Antikyra Heilung suchenden Geisteskranken während ihrer

Kur in dortigen Familien Aufnahme fanden, was bei der in damaliger Zeit ausgeprägten Gastfreundschaft der Griechen und ihrer Vorurteilslosigkeit gegenüber Geistesgestörten, die allgemein als Kranke galten, auch gar nicht befremdlich erscheint.

Auch die Asklepiaden pflegten die zu den Tempeln des Heilgottes pilgernden und mitunter lange dortselbst verbleibenden Kranken, unter denen unzweifelhaft viele Geisteskranke waren, bei sich zu beherbergen.

Ebenso sollen auf einigen Nilinseln ägyptische Priester, von denen ja manche auch die Heilkunst ausübten, Geisteskranke bei sich aufgenommen haben.

Am besten bekannt und am meisten erforscht ist die in das vorige Jahrtausend zurückreichende Entstehung und Entwickelung der familiären Irrenpflege in dem belgischen Flecken und Amtsbezirk **Gheel**,*) in dem sogenannten Kempenlande, in der Campine.

Der Sage nach starb dort neben einer dem heiligen Martin geweihten Kapelle um das Jahr 600 unserer Zeitrechnung eine christliche Königstochter aus Irland**) Namens Dymphna unter dem Schwertstreich des eigenen Vaters, vor dem sie, da er in sinnloser Leidenschaft ihre Liebe begehrte, geflohen war. Mit ihr wurde auch ein frommer Priestergreis Gerebernus, der sie getauft, zur Christin erzogen und dann auf die Flucht begleitet hatte, durch die Kriegsknechte getötet. Die Leiber der Gemordeten sollten nach des sinnlosen Königs Befehl gänzlich

---

*) Gheel ist Bahnstation der Strecke München-Gladbach-Antwerpen, von letzterem in 1 Stunde, von ersterem in 3 Stunden erreichbar; auch eine von Mecheln kommende Kleinbahn durchquert neuerdings den Gheeler Bezirk, der überwiegend zur Provinz Antwerpen gehört.

**) Es sei hier kurz daran erinnert, dass ungefähr um dieselbe Zeit der im Jahre 554 geborene schottische Königssohn Wendelinus heimlich das königliche Elternhaus floh und sich in der Gegend der Blies, bei der heutigen Stadt Sanct Wendel als Einsiedler niedergelassen haben soll. Auch die ihm geweihte Kapelle ist ein vielbesuchter Wallfahrtsort, wo Kranke aller Art Genesung suchen. Überhaupt hat die Wendelinussage sehr viel Ähnlichkeit mit der Dymphnasage.

unbedeckt den Thieren zum Frass liegen bleiben, wurden jedoch von den frommen Einwohnern Gheels sorgsam in die Erde gebettet. Gar bald ereigneten sich dortselbst, wo viele Menschen von weit und breit zusammenströmten, um die Stätte der Frevelthat des wahnwitzigen Vaters zu besuchen, allerhand Zeichen und wunderbare Heilungen. Insbesondere genasen die Rasenden und Besessenen. Und Dymphna galt bald allgemein als Schutzheilige gegen Besessenheit und Raserei, nach der Legende deshalb, weil sie, die reine Jungfrau, das Opfer eines aus Leidenschaft sinnlosen Vaters geworden, weil sie der Versuchung des bösen Feindes mit Opferung des eigenen Lebens widerstanden und damit eine Gewalt über ihn gewonnen hatte. Nach den Chroniken litt, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann, der irländische König zeitweilig an verzehrender Schwermut, dann wieder an Tobsucht, also an sogegenanntem circulären Irrsein. Als historischer Kern der Sage dürfte anzunehmen sein, dass in Gheel eine fremde vornehme Jungfrau Namens Dymphna von ihrem geisteskranken Vater in einem Anfall von Tobsucht erschlagen wurde, und dass diese dem Wahnsinn zum Opfer gefallene Jungfrau bald als Schutzheilige bei derartigen Krankheiten angerufen wurde. Gheel wurde ein weithin berühmter Wallfahrtsort, wo besonders auch Geistesgestörte Zuflucht und in Familien Aufnahme suchten, um öfters an der Grabstätte die Fürbitte der Heiligen anzurufen.

Der Chronist Petrus Cameracensis, dem wir in vorstehendem Legendenauszug gefolgt sind, erzählt in seiner jedenfalls vor dem Jahre 1247 verfassten Vita der heiligen Dymphna ausser einer Reihe anderer zu Gheel geschehener Wunder, wie eine besessene Frauensperson und ein besessener Jüngling durch die Fürsprache der Heiligen von dem bösen Feind befreit wurden und wie eine am St. Antoniusfeuer d. h. an der Kriebelkrankheit leidende Person zweimal zu Gheel genas.

In mehreren, auf die Erbauung einer neuen Dymphnakirche bezüglichen päpstlichen Bullen aus dem 14. und 15. Jahrhundert wird ebenfalls auf die wunderbaren Heilungen Bezug genommen und anerkennend, sowie zur Nacheiferung ermahnend

erwähnt, dass die Gheeler Einwohner die „Pilgrime“, das ist die gewöhnliche Bezeichnung für die Kranken, nicht um irdischen Gewinnes, sondern um Gottes Lohn zu sich aufnehmen, und es wurde Allen denen ein „Ablass“ verkündet, die durch eine Spende zur Fürsorge für die Unglücklichen beitrügen. Da die Zahl der Hülfesuchenden immer grösser wurde, sah sich die Ortsobrigkeit in der zweiten Hälfte des 15. Jahrhunderts genötigt, besondere Bestimmungen zu erlassen, und die Aufnahme und Verpflegung der Kranken nur den unmittelbar um die St. Dymphnakirche herumwohnenden Familien zu gestatten. Später wurde diese Erlaubnis auf das ganze Kirchspiel und weiterhin auf den ganzen Gerichtsbezirk, die „vriyheid Gheel“ ausgedehnt. Die neue Dymphnakirche wurde im Jahre 1449 begonnen und aus Opfergeldern (offranden) erbaut; mit derselben verbunden war das sogenannte „Ziekenhuis“ mit 4 „Ziekenkamers“, in welchen die „Zinnelosen“ in der Regel 9 Tage verblieben und täglich benedicirt wurden, die sogenannte „Novene“, d. h. neuntägige Andacht, durchmachten. Diese in katholischen Gegenden häufige Andachtsform ist übrigens auch in ihrer Anwendung auf Geisteskranke keine specifisch Gheel'sche Einrichtung; auch in England*) gab es eine als Heilstätte für Geisteskranke berühmte, dem heiligen Colomba geweihte Kapelle, woselbst die Kranken 9 Tage lang in einer hölzernen Kiste, der sogenannten „Krippe“ liegen mussten. Das Gheeler „Siechenhaus“ wurde 1541 anlässlich eines Thurmeinsturzes zerstört und im Jahre 1687 in dem gegenwärtigen Umfang neu aufgeführt.

Die Kranken wurden während der „Novene“ von 3 Pflegefrauen (Ziekemeestersse) gepflegt. War nach 9 Tagen, oder in besonders schweren Fällen nach zweimal 9 Tagen keine Genesung erfolgt, dann kamen die Kranken zu Familien in Pflege, wo sie bis zur Genesung oder auch bis zu ihrem Tode verblieben, um möglichst oft zum Grabe der Schutzheiligen verbracht zu werden. Auch mussten die neuankommenden Kranken

*) Isensee, Geschichte der Heilwissenschaften. Berlin 1845, V. 1236.

wegen Überfüllung der Ziekenkamers häufig längere Zeit vorerst in Familien wohnen.

Im Jahre 1532 wurde durch den Bischof ein Capitel von 10 Priestern eingesetzt, um in der Dymphnakirche die „Horen“ zu singen und die Benedictionen und Exorcismen vorzunehmen.

Mit diesem Zeitpunkt, dem urkundlich nachweisbaren Eingreifen der Ortsobrigkeit und der Geistlichkeit, schliesst die legendarische Periode Gheels und beginnt die zweite, die communal-kirchliche, welche bis zum Jahre 1850, dem Eintreten der geregelten staatlichen Aufsicht andauert.

Während dieser zweiten Periode, in welcher der Exorcismus*) zu vollster Blüte gelangte, wurde von jeder einzelnen Heilung ein Protokoll aufgenommen, welches in der Regel notariell beglaubigt und von der Ortsbehörde, dem Dechanten des Capitels, sowie von den Angehörigen des Geheilten mitunterzeichnet war. Es sind nur die von 1604—1668 aufgenommenen, 59 an der Zahl, erhalten, während die früheren, von den Bilder stürmenden Geusen, die späteren, Ende des 18. Jahrhunderts, von den französischen Plünderern zerstört wurden; sie gestatten einen interessanten Einblick in die Krankheitsgeschichte der Genesenen, welche nahezu ausnahmslos an hysterischen und epileptischen Zuständen gelitten haben.

So wurde z. B. ein am 3. Juni 1604 „stumm, taub, gelähmt und blind“ eingelieferter vierzehnjähriger Knabe am 10. Juni plötzlich ganz geheilt.

Die heftigen, tobsüchtigen Erregungszustände der Kranken führte man direct auf Quälereien des Satans zurück, der aber den „Besprechungen“ und der Verabreichung von Weihwasser nicht Stand halten konnte und meist unter Hinterlassung eines pestilenzialischen Gestankes aus dem „Besessenen“ herausfuhr. Am 22. Juni 1614 wurde ein Tags zuvor in die „Ziekenkamer“ aufgenommener Kranker, der „von den Quälereien des Teufels“ so heimgesucht war, dass ihn vier Mann knapp halten konnten,

*) Trotzdem die Geisteskrankheit in Gheel auf Einwirkung des bösen Feindes zurückgeführt wurde, mass man den Besessenen als Kranken keine persönliche Schuld bei; selbst Geistliche und Schöffen nahmen anstandslos die „Zinnelozen“ in ihr Haus auf.

da er um sich biss wie ein Hund, plötzlich, nachdem er das geweihte Wasser (Fingerwater) getrunken hatte, unter einem lauten Gebrüll, welches deutlich „ik moet er uit, ik moet er uit“ lautete, erlöst. Die Fesseln fielen ihm von selbst ab, und man wurde einen „schrecklichen Gestank“ gewahr.

In diesen Protokollen wird bereits vielfach dankbar anerkannt, dass die Gheeler Familien mit den „Elendigen“ „mitleidig“ und „beharrlich“, das heisst geduldig umzugehen verstehen. Diese unerlässlichste Eigenschaft einer guten Pflegerfamilie finden wir auch bei den heutigen Gheelern in bewunderungswürdiger Vollkommenheit erhalten; ihr hauptsächlich verdankt die jetzige Gheeler Familienpflege ihre erstaunliche Ausdehnung und Entwickelung.

Als mit zunehmender Aufklärung der Glaube an die besondere Wunderkraft der heiligen Dymphna über die „Zinnelosen“ nicht mehr vorhielt, als der Staat zur Abstellung der immer schreiender werdenden Missstände genaue Vorschriften erliess, scharfe ärztliche Controlle einführte, und die Ziekenkamers durch Erbauung einer zeitgemässen „Infirmerie“*), einer nach Guislain'schen Grundsätzen eingerichteten geschlossenen Irrrenanstalt für je 35 Kranke jeden Geschlechts, leer stellte, als dann im Jahre 1883 die dritte, die staatlich-administrative von einer rein psychiatrischen Periode abgelöst wurde, da ging die alterprobte Pflegefreudigkeit der Gheeler keineswegs, wie Schwarzseher prophezeiten, zurück, sondern sie erhielt nun erst recht durch Erwachen eines tieferen Verständnisses, einer richtigeren Krankheitserkenntnis jene hingebende und schaffensfrische Vollkommenheit, die den vorurteilsfreien Besucher der heutigen Campine geradezu in Erstaunen setzt.

Der Besitz eines staatlichen Diploms für vorzügliche Behandlung der Geisteskranken gilt jeder Gheeler Familie als ehrenvollste Familienurkunde; das volle Vertrauen der Ärzte zu geniessen, ist der grösste Stolz jeden Pflegers.

In der Gheeler Familienpflege, welche sich über den Flecken

*) Der Ausdruck Infirmaria = Siechenhaus, Krankenhaus, war schon zur Zeit Kaiser Karls des Grossen in Brauch.

Gheel und 19 zugehörige, auf einer Grundfläche von 10853 ha zerstreut gelegene Dörfer und Weiler mit zusammen 12700 Einwohnern erstreckt, waren am 1. Januar 1897 einschliesslich der etwa 60 in der Infirmerie befindlichen Kranken 1060 Männer und 923 Frauen, zusammen 1983 Kranke, darunter 176 sogenannte Pensionäre d. h. Selbstzahler.

In Bezug auf die Krankheitsform der in Gheel untergebrachten Kranken sei kurz mitgeteilt, dass etwa

35 % an Idiotie oder Imbecillität,
20 % an chron. Verrücktheit,
10 % an secund. Demenz,
10 % an Epilepsie, Hysterie,
$7^1/_2$ % an Melancholie und Hypochondrie,
$7^1/_2$ % an seniler bez. organ. Demenz,
5 % an chron. manischen Zuständen

leiden, während der Rest sich auf progressive Paralyse, Intoxicationspsychosen (Alkoholismus) etc. verteilt.

Die Pfleglinge, deren nie mehr als zwei in einer Familie sind, teilen das ganze Leben, Leid und Freud', Arbeit und Gottesdienst mit ihren Pflegern. Es ist nicht gestattet, dass in ein und demselben Hause Pfleglinge verschiedenen Geschlechts wohnen. Von der Aufnahme in Gheel ganz ausgeschlossen sind die Kranken mit Hang zu Selbstmord, Gewaltthätigkeit, Brandstiftung und geschlechtlichen Angriffen.

Die Colonie leitet ein ärztlicher Director, z. Zt. der um die Familienpflege und ihre zeitgemässe Umgestaltung hochverdiente Dr. Peeters, dem 5 Ober- und Hilfsärzte, welche alle in Gheel wohnen, beigegeben sind. Sämmtliche Ärzte, die keinerlei Privatpraxis treiben und ausschliesslich der familialen Colonie ihre Kraft widmen, haben, um einem störenden Wechsel in der Besetzung dieser Stellen vorzubeugen, von vornherein je eine eigene Villa als Dienstwohnung; ein in den modernen wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden perfecter pathologischer Anatom ist eigens zur Unterstützung des Directors bei den wissenschaftlichen Arbeiten angestellt. Der Gheeler Bezirk, welcher früher in zwei Districte eingeteilt war, umfasst neuerdings in Bezug auf die ärztliche Versorgung vier Reviere.

Die Kranken werden ausser durch die Ärzte und die Mitglieder der sogenannten permanenten Aufsichtscommission regelmässig von eigenen Oberwärtern (7) besucht, welche über das Ergebnis ihrer Beobachtungen täglich mündlich und schriftlich berichten. In jeder Pflegerfamilie liegt ausserdem für jeden Pflegling ein Büchlein, in welches die stattgehabten Revisionen mit Datum und Namen des Revisors eingetragen werden. Die Kranken, mit dieser Einrichtung genau vertraut, bringen meist selbst ihr Büchlein dem Ankommenden entgegen. Ein Blick in diese Büchlein zeigt, dass die ärztlichen Visiten — bei chronischen Kranken eine im Monat, bei acuten und körperlichen Kranken nach Bedarf — sehr regelmässig abgestattet werden und dass auch der Director selber jeden Kranken durchweg zweimal im Jahre sieht. Über Grösse, Beschaffenheit, Ausstattung und Reinhaltung der Quartiere bestehen genaue Vorschriften; ich erwähne nur beispielsweise, dass die Zimmerwände jährlich mindestens zweimal frisch gestrichen werden müssen, dass jeder Pflegling in der Schlafkammer einen Luftkubus von 15 Kubikmetern hat. Auch über die Beköstigung bestehen genaue Bestimmungen, insbesondere über die Mindestmenge des zu verabreichenden Fleisches, Fettes, Brodes u. s. w.; das Brod muss zu zwei Dritteln aus Weizenmehl, zu einem Drittel aus Roggenmehl gebacken sein. Die Reinlichkeit der Quartiere, die Kleidung und das Aussehen der Kranken fand ich durchweg, selbst in den früher viel verschrieenen äussersten Gehöften der Winkeloomer Haide recht gut. Würden die aus alter Zeit beibehaltenen Gitter an den Fenstern durch verschliessbare Fensterläden ersetzt und die überflüssigen kleinen Riegel an den Thüren ganz fortgelassen, so wären die Wohnungen noch weit freundlicher als sie es jetzt schon sind. Am schlechtesten sind meines Erachtens einige Quartiere in Altgheel, was wohl darin seinen Grund hat, weil es hier vielfach an ausreichender Beschäftigung für die Kranken und an geeigneten Wohnungen fehlt.

Zwangsmittel fand ich im Gheeler Bezirk nirgends mehr im Gebrauch, wenn auch noch in einzelnen Häusern ganz verrostete Zwangshandschuhe vorhanden waren und wohl auch

in Ausnahmefällen Anwendung finden mögen. Auch sah ich in Gheel selbst einige unreinliche Kranke, die in einer guten Anstalt ihre Schmierereien sicherlich bald ablegen würden. Diese wenigen, übrigens bei Vermehrung der Ärztezahl und damit ermöglichter sorgfältigerer Auswahl der Kranken leicht abzustellenden Missstände vermochten den überaus günstigen Eindruck und die Überzeugung, dass die Gheeler Familienpflege vorzüglich organisirt ist und dass weitaus die meisten Kranken sich dort überaus wohl fühlen, nicht abzuschwächen.

Und nun das wirtschaftliche Ergebnis.

Trotzdem die Colonie einschliesslich der Infirmerie und Ärztevillen nur ein Vermögen von 400000 Francs repräsentirt und keinerlei staatlichen Zuschuss erhält, trotzdem die von den Communen*) pro Kopf und Tag gezahlten Pflegekosten 85 oder 99 oder 125 Centimes betragen, erhält sich dieselbe nicht nur vollständig, sondern sie vermag regelmässig Überschuss zu machen, der teils zum Erbauen schöner Badehäuser — solcher giebt es jetzt ausser dem bei der Infirmerie drei, die geradezu luxuriös gebaut und ausgestattet sind — in verschiedenen Dörfern, sowie zur Anschaffung neuer an die Pfleger leihweise abgegebener Möbel etc. Verwendung fand, teils an die Staatskasse abgeführt wurde; so floss beispielsweise der Staatskasse im Jahre 1896 ein in Gheel erzielter Überschuss von 32000 Francs zu. Die Einnahmen der Colonie setzen sich folgendermassen zusammen. Von dem durch die Communen pp. gezahlten Pflegesatz von 85 bezw. 99 oder 125 Centimes werden je 25 Centimes an die Anstaltskasse überführt, so dass dieselbe von den 1807 Communalkranken täglich 451 Francs 75 Centimes, jährlich rund 165000 Francs einnimmt. Ausserdem fliessen der Kasse 11 Procent der von Pensionären gezahlten

*) Die täglichen Unterhaltungskosten, welche an die Anstalt entrichtet werden, sind je nach der Pflegebedürftigkeit der Kranken, die dementsprechend in drei Klassen eingetheilt sind, festgesetzt:

Klasse III (gewöhnliche Kranke)	pro Tag und Kopf	85 Cts.
Klasse II (halbunreinliche Kranke)	„ „ „ „	99 „
Klasse I (unreinliche Kranke)	„ „ „ „	125 „

Kostgelder zu, die zwischen 500—1600 Francs pro Jahr schwanken und in einem Fall sogar 3000 Francs betragen; die dadurch erzielte Summe betrug im erwähnten Jahr 18 500 Francs, die gesammte Jahreseinnahme somit rund 183 000 Francs.

Gheel ist also auch in wirtschaftlicher Beziehung eine überaus interessante und nachahmenswerte Einrichtung. Dass die Pfleger trotz des geringen Pflegegeldes von 60 bez. 79*) und 105*) Centimes, das übrigens an wirklichem Werte etwa ebensoviel Pfennig bei uns entspricht, nicht zu kurz kommen, beweist der an den Wohnungen, an dem Viehstand und an dem Inventar erkenntlich zunehmende Wohlstand, an welchem die treue Mitarbeit der Pfleglinge ebenfalls einen nicht geringen Verdienstanteil hat. In dem Gheeler Bezirk sind beispielsweise nicht weniger als 200 dänische Centrifugen im Gebrauch. Die heutige Campine fällt gegenüber der weiteren Umgegend geradezu angenehm auf durch ihre gediegene Wohlhabenheit auch des kleinen Mannes, während noch vor 15—25 Jahren von gut beobachtenden, auch in landwirtschaftlichen Dingen hinreichend erfahrenen Besuchern die mitleiderregende Dürftigkeit der Gegend und ihrer Bewohner in den düstersten Farben geschildert wurde. Die Familienpflege hat aus einer traurigen Einöde einen landwirtschaftlich hochcultivierten, ertragreichen Landstrich geschaffen.

Die günstigen Erfolge von Gheel haben die belgische Regierung bewogen, im Jahre 1884 für die wallonischen Irren, welche sich unter den vlämisch sprechenden Kemperländern nur mühsam eingewöhnen konnten, eine zweite familiäre Colonie in Lierneux**) in den Ardennen einzurichten. Die dortige Familienpflege, welche sich ausser Lierneux über 22 kleinere, auf einer Grundfläche von 6325 ha zerstreut liegende Ortschaften erstreckt, zählte nach dem letzten Verwaltungsbericht am 1. Januar 1897 bereits 419 Kranke. Die Zahl der eingeschriebenen Pfleger betrug 390, die der zur Verfügung gestell-

*) Für Klasse I und II zahlt neuerdings die Anstaltskasse dem Pfleger pro Tag noch **5** Cts., so dass ihr selber von dem eingezahlten Pflegegeld thatsächlich nur je **20** Cts. verbleiben.

**) Bahnstation ist Viel-Salm (zwischen Trois-Ponts und Gouvy).

ten Zimmer 530. Verwaltung und ärztliche Aufsicht sind der in Gheel nachgebildet; die Kranken sollen dortselbst ebenso gut wie in der Campine aufgehoben sein; die wirtschaftlichen Ergebnisse sind ebenfalls günstig, wenn auch durchweg ein höheres Pflegegeld gezahlt wird.

Die Errichtung einer dritten familiären Irren-Colonie im südlichen Teil des Königreichs ist in sichere Aussicht genommen.

Eine noch grössere Ausdehnung wie in Belgien hat das System der familiären Irrenpflege in **Schottland** gefunden, woselbst sich im Jahre 1896 von 13852 officiell bekannten Geisteskranken 2790 in Familienpflege befanden.

Die jedenfalls weit zurückliegende Entstehung der schottischen Familienpflege ist der Zeit und den veranlassenden Umständen nach nicht genau bekannt. Ich vermute, dass auch hier Wallfahrtsorte den Ausgangspunkt der Familienpflege gebildet haben. Als im Jahre 1858 nach englischem Muster eine fünfgliedrige gemischte Commission, der Board of lunacy, zur Überwachung der Irrenanstalten und Regelung der Irrenpflege ins Leben trat, wurde ihr gleichzeitig die Aufsicht und Fürsorge über die nicht in Anstalten verpflegten Kranken zur Pflicht gemacht. Eine von dieser Commission veranlasste Irrenzählung ergab die überraschende Thatsache, dass am 1. Januar 1862 von den der öffentlichen Fürsorge anheimfallenden 5289 armen Geisteskranken (Paupers) ein Drittel in Familien (private dwelling) untergebracht war, während von den gesammten 8207 Geisteskranken (also die Non Paupers mit inbegriffen) 44 Procent nicht in Anstalten, sondern in fremden Familien verpflegt waren. Man entschloss sich, die seit vordenklicher Zeit gebräuchliche Verpflegungsform beizubehalten, aber zeitgemäss umzugestalten. Zu dem Zweck wurden die nicht geeignet erscheinenden Familien von der Übernahme von Kranken ausgeschlossen und ausserdem die für diese freie Form nicht passenden Geisteskranken an die Anstalten, deren Zahl erheblich vermehrt wurde, zurück verwiesen.

Zur Belassung in familiärer Pflege waren folgende Voraussetzungen massgebend:

Der Kranke muss 1) wahrscheinlich unheilbar und 2) ungefährlich sein und es darf 3) sein körperliches oder geistiges Leiden nicht derart sein, dass eigentliche Pflege notwendig ist, wie sie nur in der Anstalt geleistet werden kann.

Gegenüber einem unter deutschen Irrenärzten noch vielfach verbreiteten Irrglauben, es seien jetzt in Schottland nur alterssterile Frauen in Familienpflege, weil man die Schwängerungen der jugendlichen Frauenspersonen nicht habe verhüten können, citiere ich folgende Stelle aus dem eben erschienenen Reisebericht von Director Dr. Toulouse:

„Die Frauen gewöhnten sich durchweg leichter als die Männer an das Familienleben. Es giebt keine Altersgrenze für die Versetzung der Frauen, von denen manche noch recht jung sind.

Trotzdem gab es in den letzten zehn Jahren nur drei Schwängerungen der in Familienpflege befindlichen Frauen und zwar befanden sich zwei von diesen geisteskranken Frauen in Pflege bei ihrer eigenen Mutter und nur eine einzige bei einem fremden Pfleger.

Übrigens kommen diese und andere unangenehmen Ereignisse hauptsächlich nur im Norden Schottlands vor, wo die Aufsicht schlechter geregelt ist.

Es sind weit mehr Frauen als Männer in Familienpflege, im Verhältnis von 150 : 100.“

Auch Dr. Sutherland, einer der ärztlichen Commissioners, hebt ausdrücklich hervor, dass keine der zu seinem Revisionsbezirk gehörigen 689 weiblichen Kranken, unter denen 267 noch im Alter der vollen geschlechtlichen Reife stehen, nachweislich eine geschlechtliche Attaque erlitten hat.

Infolge der streng durchgeführten gewissenhaften Controlle, welche durch die Mitglieder der vorgenannten Commission, durch den Armeninspector und besondere Irrenärzte ausgeübt wird, sank zunächst die Zahl der Familienpfleglinge erheblich, trotzdem neue geeignete Familien, zumal solche in ländlichen Districten herangezogen wurden, um dann allerdings wieder stetig bis zu der vorhin angegebenen Zahl von 2790 anzusteigen

Der Krankheitsform nach sind dies:

Idioten (Imbecille)	etwa	65 %
Secundär Demente	„	12 %
Manische	„	20 %
Melancholiker	„	3 %

Übrigens ist neuerdings auf Anregung der Ärzte von dem Princip, nur Unheilbare aufzunehmen, vielfach abgewichen worden.

Die schottische Familienpflege erstreckt sich im Gegensatz zu der von Gheel, wo nahezu zweitausend Kranke auf verhältnissmässig engem Raum zusammenleben, über einen grossen Teil des Landes, so dass die Zahl der Kranken in den einzelnen Ortschaften nicht gross ist. Auch giebt es in Schottland keine Centralanstalt. Jeder Kranke wird mindestens zwei Mal im Jahre von einem Commissionsmitglied besucht, ebenso oft von dem Armeninspector. Im Falle einer intercurrenten Erkrankung wird die Hilfe des Districtsarztes in Anspruch genommen. Die Revisoren reichen nach vorgeschriebenem Schema Bericht über jeden einzelnen Kranken ein, insbesondere auch darüber, ob er für Familienpflege passt. In jedem Pflegerhause liegt für jeden Kranken ein Controllbüchlein aus, in welches der Revisor Bemerkungen einträgt.

Als höchst zulässige Zahl der einer Familie zu übergebenden Pfleglinge wurde 4 festgesetzt, indess sind neuerdings durchschnittlich nicht mehr als 2 in einem Hause, da mehr Kranke das Familienleben überwuchern, anstatt, wie es sein soll, in ihm aufzugehen. In der Verteilung der Kranken über viele Ortschaften und in der engeren Begrenzung bei Auswahl der der Familienpflege zu überweisenden Kranken beruht der wesentlichste Unterschied zwischen dem schottischen und dem Gheeler System. Die Kosten für die einzelnen in Familienpflege befindlichen Kranken schwanken zwischen 70 und 110 Pfg. pro Tag. Das bedeutet gegenüber den Unterhaltungskosten in den öffentlichen Anstalten, welche zwischen 1,20—2,00 M. pro Tag betragen, nicht eingerechnet die Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals, eine bedeutende Ersparnis.

Dieselbe schlägt um so mehr zu Buch, als trotz der sehr

vorsichtigen Auswahl der in Familienpflege überwiesenen und belassenen Kranken rund 20 Prozent aller Geisteskranken auf die Weise durchschnittlich um 70 Pfg. pro Tag billiger verpflegt werden, als dies in Anstalten möglich ist.

Hervorragende deutsche Irrenärzte von anerkannt kritischer Begabung — ich nenne nur Jolly und Siemerling — haben sich auf Grund persönlicher Besuche über die schottische familiäre Irrenpflege höchst anerkennend ausgelassen. Der schon angezogene französische Reisebericht spricht sich ebenfalls günstig aus. Übrigens hat sich in Schottland zu einer Zeit als man streng darauf achtete, dass nur Unheilbare in Familienpflege kämen, die höchst beachtenswerte Thatsache herausgestellt, dass nicht selten wirkliche Heilungen eintraten. Es betraf das hauptsächlich solche Kranke, welche sich schon Jahre lang in der Anstalt befunden hatten und schliesslich unter der Voraussetzung, dass ein Schwächezustand eingetreten sei, entlassen wurden. Der vollständige Wechsel der Umgebung bewirkte dies erfreuliche Ergebnis.

In **England** hat die familiäre Irrenpflege ebenfalls Eingang, aber nur sehr geringe Ausdehnung gefunden, wohl deshalb, weil die Bevölkerung hierfür weniger geeignet und vorgebildet war, hauptsächlich aber weil die meisten englischen Irrenärzte sich von vornherein dieser Verpflegungsform gegenüber ablehnend und ironisirend verhalten haben. Aus der Stadt London befanden sich im Jahre 1896 in Familienpflege 246 Kranke. Sonstige Einzelheiten sind mir nicht bekannt geworden.

In **Spanien,** wo die Irren schon seit Jahrhunderten als Kranke angesehen werden und demgemäss human behandelt wurden, wo christliche Liebesthätigkeit bereits im Jahre 1409 bei Valencia eine zweckmässige Anstalt für diese Unglücklichen gründete, werden von Alters her zahlreiche Geisteskranken von fremden Familien berufsmässig gepflegt. Das spanische Irrengesetz vom 19. Mai 1885 bestimmt, dass Privatpersonen,

„welche, ohne eine Irrenanstalt errichtet zu haben, sich mit diesen Kranken befassen“, dem Regierungspräsidenten bezw. Bürgermeister von jeder etwaigen Aufnahme innerhalb 24 Stunden Meldung erstatten müssen und verantwortlich sind für jeden Schaden, den die Kranken infolge mangelhafter oder nachlässiger Beaufsichtignng anrichten. Mehr als 4 Kranke dürfen in keiner Familie verpflegt werden, andernfalls Anstaltsconcession nachzusuchen ist. Aufsicht wird durch die Localbehörden und die Medicinalbeamten ausgeübt.

Näheres über Ausdehnung und Einrichtung der spanischen Familienpflege habe ich nicht ermitteln können.

Auch in **Amerika,** in dem Staate Massachusets ist die familiäre Irrenpflege seit dem Jahre 1885 durch Professor Sanborn eingeführt. Im Jahre 1896 betrug die Zahl der Pfleglinge 129 gegen 175 im Jahre 1892, sodass hier also eine Abnahme zu verzeichnen ist. Dieser Rückgang, der keineswegs in geringerem Angebot von Pflegern oder Ungeeignetsein derselben seinen Grund hat, erklärt sich daraus, dass man künstlich Schwierigkeiten bei Auswahl der Kranken, wie Familien aufgeworfen hat. Es wurden beispielsweise nur mehr Reconvalescenten für die Familienpflege ausgewählt und nur vorwiegend solche Familien herangezogen, in denen keine kleinen Kinder sind.

Die Familienpflege mit Ausschluss aller Unheilbaren nur auf Reconvalescenten ausdehnen, heisst diese Verpflegungsform „köpfen“, wie sich Dr. Peeters in Gheel drastisch, aber bezeichnend ausdrückt, und vollends Familien mit kleinen Kindern von der Übernahme von Kranken ausschliessen, ist ein Fehler, der nur von Leuten gemacht werden kann, die den Kernpunkt der Familienpflege nicht erfasst haben. Es fehlt eben jetzt dort bei den maassgebenden Persönlichkeiten an Verständnis und an Interesse für diese Verpflegungsform; daher die Schwierigkeiten, daher der Rückgang. Als wesentlichen Einwand gegen die Familienpflege hat man, worauf wir später noch eingehend zurückkommen, dort geltend gemacht, die für

Familienpflege geeigneten Kranken seien noch besser in agricolen Anstalten versorgt, wo sie so wie so als Arbeiter nicht gut entbehrt werden könnten.

In **Russland** ist seit dem Jahre 1873 ebenfalls die familiäre Irrenpflege eingeführt, wenn auch in beschränktem Maasse und zwar — ausser an dem untengenannten Ort — in Ekatarinoslow und bei der Anstalt Rjasan in den Dörfern Lotzmannskaya, Kamenka und Krasnopolie, unweit Moskau. Die Zahl der in Familienpflege befindlichen Kranken, für welche jetzt ein eigener Arzt angestellt ist, betrug im Jahre 1895 bereits 187 = 20% der Anstaltsinsassen. Die russischen Irrenärzte, insbesondere Baschenof und Korsakow sprachen sich sehr anerkennend über die Bewährung aus; sie erhoffen von der Einführung der Familienpflege eine culturelle Hebung der zur Pflege herangezogenen bäuerlichen Bevölkerung — eine Hoffnung, die nach den Erfahrungen von Gheel einer Berechtigung, ja einer inneren Wahrscheinlichkeit nicht entbehrt.

Dass auch in Russland eine Anzahl von Irrenärzten der Familienpflege die Lebensfähigkeit abspricht, ist mehr selbstverständlich, als verwunderlich. War es doch genau so bei der Einführung der zwangsfreien Verpflegung.

Herr Oberarzt Dr. Snell aus Hildesheim, der die Familienpflege in Semenowskoje bei Moskau anlässlich des vorjährigen Congresses besucht hat, erhielt einen überaus günstigen Eindruck von der dortigen Einrichtung. Snell rühmt die Behaglichkeit der primitiven, aus Holz gebauten russischen Bauernhäuschen, in denen die Kranken in vollster Freiheit ein zufriedenes Dasein führen und sich einer liebevollen Behandlung ihrer gutmüthigen Pfleger erfreuen. Ein in dem Dorfe wohnender Oberwärter führt die ständige Aufsicht über die 18 Kranken, deren je zwei in einer Familie wohnen.

In **Frankreich** war bereits im Jahre 1864 ein Versuch mit Familienpflege gemacht worden, indem durch Beschluss des

Generalrats des Rhône Départements 100 ruhige Kranke aus der überfüllten Irrenanstalt l'Antiquaille in Familien untergebracht wurden.

Seit dem Jahre 1892 besteht eine grössere familiäre Irrencolonie in Dun-sur-Auron und einigen benachbarten Ortschaften im Departement Chev. Die Überfüllung der Pariser Anstalt, das unaufhaltsame Anwachsen der Zahl der chronisch Kranken, namentlich der primär und secundär Schwachsinnigen und Verrückten zwang dazu, schnell für viele Hundert Kranke neue Pflegeplätze zu schaffen. Man scheute die Kosten einer neuen Anstalt und entschloss sich, mit einem Schlag die Familienpflege in grösserem Maassstab einzuführen. Es wurde zunächst eine Anzahl geeigneter Familien in Dun-sur-Auron bewogen, gegen entsprechende Vergütung Kranke zu sich aufzunehmen. Auch die übrigen Bewohner wurden für das Unternehmen interessirt, dessen Ausführung Herrn Director Dr. Marie und einigen Hilfsärzten anvertraut wurde.

Zahlreiche Gemeinden, St. Germain, Charlivoy, Bussy, Niverolles u. a. wandten sich an die Direction, um Kranke zu erhalten. Bis zum 1. August v. J. war die Zahl der in Familienpflege aufgenommenen Kranken bereits auf 674 gestiegen; von den Pflegestellen sind, wie mir der Director Marie gelegentlich persönlich mitteilte. $^4/_5$ gut.

Die Unterhaltungskosten stellten sich nach der letzten Rechnungslage einschliesslich aller Verwaltungs- pp. Kosten pro Tag und Kopf auf 1 Fr. 40 C. = 1 M. 12 Pf.

Auch in der Vendée ist seit ganz kurzer Zeit ein glücklicher Versuch mit Familienpflege gemacht.

Dr. Terrien berichtete auf dem letzten französischen Irrenärzte-Congress in Angers, dass er von 19 Zugängen nur 5 in das Asyl aufnahm, die übrigen 14 gleich in Familien unterbrachte. Er ist überzeugt, dass die Familienpflege eine grosse Entlastung der Anstalten herbeiführen wird. Auch in drei anderen Departements soll demnächst familiäre Verpflegung eingerichtet werden.

In **Holland** besteht seit dem Jahre 1895 bei der christlichen Anstalt für Geisteskranke Veldwigk in **Ermelo** eine Familienpflege. Die Zahl der Familienpfleglinge stieg im Jahre 1897 auf 33. Die Kranken, welche der I., II. und III. Verpflegungsklasse angehören, sind zumeist in den Familien der Anstaltsangestellten untergebracht. Die dort gemachten Erfahrungen sind recht erfreulich. „In einigen Fällen war uns“, so schreibt Director Avandale, „die Familienpflege die Brücke, worüber der reconvalescente Patient in die Gesellschaft zurückkehrte“; ihm gilt die Familienpflege als ein integrirender Teil einer guten Verpflegung der Geisteskranken.

Auch sei daran erinnert, dass in Gheel eine ganze Anzahl Holländer in Familienpflege sind.

In **Dänemark** bestand bis in den Anfang der 40er Jahre eine mehr durch das Herkommen als irgend einen Vorzug berechtigte Art der Familienpflege. Während in den Städten, zumal in Kopenhagen die Geisteskranken in mehr oder minder zweckmässig eingerichtete Anstalten aufgenommen wurden, blieben die Irren auf dem platten Lande entweder bei ihren Angehörigen oder sie kamen zu bezahlten Pflegeeltern.

Gerieten die Kranken in Erregung, so wurde in dem Stall oder der Scheune ein Plankenverschlag — solcher gab es 1840 noch 128 Stück — als Isolierraum hergerichtet. Zur Bewachung wurden die Gemeindemitglieder der Reihe nach, zwei bis vier zugleich, herangezogen.

Man kann sich denken, mit wie wenig Lust und Geschick die als Frohnwächter herangezogenen Bauern ihren Dienst versahen.

Auch in **Norwegen** scheint in den 40er Jahren bereits die Verpflegung von Geisteskranken in Familien gang und gäbe gewesen zu sein. Denn das vierte Capitel des im Jahre 1848 bezüglich der Behandlung und Verpflegung der Geisteskranken erlassenen Gesetzes handelt

„von Geisteskranken, die in ihrer Familie oder bei Privatpersonen verpflegt werden"

und bestimmt insbesondere, dass in jedem Fall einem examinirten Arzt Meldung erstattet werden müsse, dessen Pflicht es sei, zu untersuchen, „ob die getroffenen Veranstaltungen den gesetzlichen Forderungen entsprechen." Auch war bestimmt, dass Tobende und Rasende, wenn irgend angängig, in Asylen unterzubringen, andrenfalls von dem Arzte zu behandeln seien, welcher der Obrigkeit alle in Bezug auf die Behandlung in der Privatpflege zu seiner Kenntnis kommenden Unzuträglichkeiten anzuzeigen verpflichtet sei.

Meine Bemühungen, etwas Näheres über die etwaige heutige Familienpflege in Dänemark und Norwegen zu erfahren, waren vergeblich. Es sollen jedoch noch ziemlich zahlreiche Irren in Familien verpflegt werden.

In **Italien,** wo bereits im Jahre 1865 von der Anstalt Bonifacio bei Florenz eine Anzahl von harmlosen Geisteskranken zu Pachtbauern in Pflege gegeben wurden, wird neuerdings hauptsächlich unter Dr. Tamburini's energischer Initiative zielbewusst an die Einführung der Familienpflege herangegangen, zunächst in Reggio, Provinz Emilia.

In **Niederösterreich** ist Dank der verständnisvollen Initiative der Herren Landes-Ausschuss-Referent Steiner und Admin.-Inspector der Landes-Wohlthätigkeitsanstalten Gerényi die systematische Einführung der familiären Irrenpflege in sichere Aussicht genommen; bei der im Bau begriffenen neuen Anstalt Mauer—Oehling soll der Beginn in ähnlicher Weise, wie dies in Uchtspringe bereits geschehen, mit Wärterdörfchen gemacht werden.

Wenden wir uns nunmehr der Entwickelung und gegenwärtigen Ausbreitung dieser Pflegeform in **Deutschland** zu, so

sei zunächst eine mehr geschichtlich interessante, als praktisch bedeutsame Mitteilung gestattet:

In Nürnberg, wo bekanntlich schon sehr früh für die Geisteskranken gesorgt und bereits im Jahre 1460 ein eigenes „Narnhewslein" für die „an iren Synnen gebrechlichen Lewten" errichtet wurde, gewährte der Magistrat im Februar 1522 „6 fl. Landswärung den armen ploteragen menschn propter deum", also eine milde Gabe für die Familienpflege.

Dass thatsächlich in Nürnberg dazumal Geisteskranke zu Familien in verantwortliche Pflege gegeben wurden, beweist ein Magistratsbeschluss aus dem Jahre 1529, wonach ein gewisser Glaser, der seine Mutter getötet hatte, aus dem „Loch" im Turme seiner „verlubten Ehewirtin" zur verantwortlichen Pflege übergeben wurde, da gegen ihn als einen Unsinnigen peinlich nicht gehandelt werden könne." Der Kranke musste übrigens von Zeit zu Zeit wegen neuer Tobsuchtszustände vorübergehend in's „Loch", kam aber beim Nachlass des Paroxysmus wieder in Familienpflege zurück, wo er von den Ärzten durch Purgiren, Aderlass und Diät wiederhergestellt wurde.

Praktische Bedeutung erlangte in Deutschland zuerst die stadtbremische Familienpflege in den Bauerschaften Ellen, Schövemoor, Tenever, Osterholz und Rockwinkel, welche bis ins vorige Jahrhundert zurückreicht und von den Vorfahren des jetzigen Arztes der Colonie, des Herrn Dr. Engelken in Rockwinkel, Besitzers der wohlrenommirten dortigen Privat-Irrenanstalt, ins Leben gerufen ist.

Im Jahre 1764 wurde diese Anstalt im kleinen Maassstabe gegründet von einem ehemaligen holländischen Militärarzt Dr. Engelken, der mit grossem Erfolg Opium als Heilmittel bei Geisteskranken anwandte. Als der Ruf der mit diesem, von ihm geheim gehaltenen Mittel erzielten Erfolge immer mehr wuchs, und nicht alle Hilfe suchenden Kranken in seiner kleinen Anstalt Unterkunft finden konnten, wurden dieselben gegen geringes Entgelt in den zunächst belegenen Bauerngehöften aufgenommen, und dort von dem hilfsbereiten Arzte besucht und behandelt. Diese Einrichtung, welche sich allmählich auf die

benachbarten Dörfer ausbreitete und weit über das Bremer Gebiet hinaus bekannt wurde, besteht von da ab bis jetzt ununterbrochen weiter, wenn sie auch zeitweilig sehr darniederlag, weil die stadtbremische Armenpflege ungeeignete Kranke und Sieche in Familienpflege überwies, ohne genügende Vorsicht bei Auswahl der Pfleglinge wie der Pfleger anzuwenden und sachverständiger Mithilfe entraten zu können glaubte.

Im Jahre 187[illegible] fand dann auf Engelkens Anregung hin eine gründliche Reform statt. Die Kranken stehen seitdem unter Aufsicht des mehrgenannten Arztes, der mit Unterstützung eines Oberpflegers dafür sorgt, dass nur geeignete Kranke in Familienpflege kommen und gutes Quartier finden. Die Kranken kommen aus der Bremer Anstalt St. Jürgens-Asyl, wohin sie auch jederzeit zurück versetzt werden können. Die Familienpfleglinge, jetzt 95 an der Zahl, Männer und Frauen, leben in den Familien als Glieder derselben. Wenn auch manche Quartiere und Schlafstellen auf den Besucher einen geradezu verblüffend primitiven Eindruck machen, so fühlen sich die Pfleglinge offensichtlich doch sehr wohl darin, weil sie mit ihren, in Bezug auf Wohnung ebenfalls sehr genügsamen, gutherzigen Quartierwirthen Freud und Leid teilen. Die den Pflegern gewährte Geldentschädigung ist vielfach so erbärmlich, dass nicht Gewinnsucht, sondern Lust und Liebe zur Pflege als Triebfeder ihres menschenfreundlichen Wirkens angesehen werden muss. Auf Grund eigener Besichtigung habe ich die Überzeugung gewonnen, dass die überwiegende Mehrzahl der Kranken in der Bremer Familienpflege vorzüglich aufgehoben ist. Damit, dass gleichzeitig erwachsene männliche und weibliche Pfleglinge im selben Hause wohnen, kann ich mich allerdings nicht befreunden.

Neuerdings ist bei Bremen, in unmittelbarer Nähe der vorgenannten Bauerschaften mit der Erbauung einer im Pavillonsystem gehaltenen neuen Anstalt für dreihundert Kranke begonnen worden. Die Familienpflege, welche wesentliche Erweiterung erfahren soll, wird mit dieser neuen Anstalt eng verbunden.

Auch trägt man sich mit dem Gedanken, Wärterhäuser mit

Zimmern für Kranke — nach dem Uchtspringer Beispiel — zu erbauen.

Im übrigen Deutschland fand die Familienpflege erst sehr spät Eingang. Zwar wurden, wie dies in den 60er Jahren Lähr und Brosius in grösserem Maasse und systematischer ausübten, schon immer mancherorten vereinzelt ruhige Geisteskranke, zumal Wohlhabende, die in der eigenen Familie nicht bleiben konnten, als Pensionäre zu fremden Familien gegeben. Zwar empfahl Roller auf Grund der Gheeler Erfahrungen bereits im Jahre 1858 die Unterbringung geeigneter Kranker in den der Anstalt benachbarten Dörfern, „in denen gewiss Geistliche zu finden seien, die mitwirken, in denen vielleicht ein Wärter oder eine Wärterin, die früher in der Anstalt waren und jetzt in der Nähe verheiratet sind, den Anfang machen. Vielleicht, dass der kleine Gewinn aus der Arbeit des Pfleglings und aus der für ihn bezahlten Pension hilft, die Sache ins Leben zu rufen, welche für die Geber wie für die Empfänger segenbringend wirken kann".

Auch Güntz bekannte, Gheel liefere trotz aller dort herrschenden Missstände das Factum, „dass gewisse Kranke in einer grösseren Freiheit sich relativ wohl befinden und dass die Unterbringung bestimmter Kranken in einzelnen Familien derjenigen in einer Anstalt vorzuziehen sei".

Erst in den 60er Jahren gaben der Oesterreicher Baron Dr. Mundy, welcher anlässlich des Besuches einer erkrankten Verwandten Gheel kennen gelernt hatte und später drei volle Monate studienhalber dort weilte, sowie Deutschlands grösster Irrenarzt Griesinger, der mit seherischem Weitblick seine Anschauungen über künftige Ausgestaltung der Irren-Anstalten und überhaupt der Irrenpflege in dem ersten Band seines Archivs entwickelte, einen mächtigen Anstoss zur systematischen Anwendung und Ausbildung der Familienpflege. Es sei nur daran erinnert, dass Beide die Familienpflege nicht als Notbehelf, sondern als notwendiges Glied einer geregelten Irrenfürsorge, als einen unentbehrlichen Anhang der Anstalten auffassen, und da, wo es an geeigneten Familien bezw. Wohnungen fehle, die Er-

[illegible] eigener [illegible] in der Nähe der Anstalten ein-[illegible]*)

[illegible] früher Tod brachte zwar Stocken in die [illegible] Bewegung, allein bereits im Jahre 1868 be-[illegible] in dem Verein schweizerischer Irrenärzte [illegible] in ihrer Befürwortung einer Ausdehnung der familiären Verpflegung als eine [illegible] in der Irrenpflege, und schon Ende der 60er Jahre wurde in dem westfälischen Städtchen Marsberg eine nachher [illegible] Familienpflege ins Leben gerufen.**) Dieser Misserfolg trug nicht zum wenigsten dazu bei, dass [illegible] Einführung der Familienpflege als [illegible] eines schwärmerischen und unpraktischen [illegible] wurde. Im Königreich Sachsen [illegible] Griesinger's [illegible] wurde die sogenannte „familiäre Pflege“ [illegible] wegen der Schwierigkeiten, welche sie [illegible] Publikum finden würden, [illegible]***)

Den ersten [illegible] Versuch einer systematischen [illegible] Familienpflege in Deutschland verdanken wir [illegible] Wahrendorff-Ilten.

---

* M[illegible] stellte auf der Pariser Weltausstellung ein Modell zu [illegible] Hause aus, das sogar eine Polsterzelle aufwies.

** Nach freundlicher Mitteilung der Herren Med.-Rat Gerlach-Münster und R[illegible]-Niedermarsberg ist die Ende der 60er Jahre von Director Koster ins Leben gerufene Familienpflege in den 70er Jahren nach und nach wieder gänzlich eingeschlafen. Die Zahl der Familienpfleglinge betrug im Ganzen nur fünf. Die dort zunehmende Industrie soll Schuld daran gewesen sein, dass sich nicht mehr Pfleger fanden. Die Familienpfleglinge wurden aus der Anstalt vollständig entlassen, die Zahlung von Seite der Angehörigen bez. der Zahlungspflichtigen erfolgte mit Übergehung der Anstalt direct an die Pfleger, welche infolgedessen ganz unabhängig von der Anstaltsleitung waren. Die directe Zahlung an die Pfleger ist eine ganz verwerfliche Einrichtung, weil so dem „Abhandeln“ Vorschub geleistet und der Anstalt jeder Einfluss entzogen wird.

***) Berl. Klin. W. 1868, 22.

der trotz aller gegen diese freieste Verpflegungsform bestehenden Vorurteile im Anschluss an seine Privatirrenanstalt eine familiale Colonie ins Leben rief und durch alle Fährnisse zu mustergiltiger Entwicklung brachte und darum auch mit Recht den Namen des Vaters der deutschen Familienpflege verdient.

Zur selben Zeit, als Landerer im Verein der Südwestdeutschen Irrenärzte die These aufstellte:

> „die familiale Irrenverpflegung ist in unseren modernen socialen Verhältnissen undurchführbar,"

erklärte Wahrendorff in dem Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens:

> „Ich darf wohl unumwunden mich dahin aussprechen, dass ich für die Sache der familialen Irrenpflege einzustehen gedenke, so lange ich lebe, wenigstens so lange ich überhaupt meine psychiatrische Thätigkeit fortzusetzen im Stande bin."

Und Wahrendorff hat, wie immer, Wort gehalten. Der Tod überraschte ihn am 21. März v. J. bei der Ausarbeitung eines ausführlichen Referates über Familienpflege, das er am 7. Mai in Hannover erstatten wollte, in welches er, wie er mir am 3. März schrieb, alles hineinziehen wollte, was „über die heutige Lage und Ausbreitung der Familienpflege in und ausserhalb Deutschland, sowie über die dafür herrschende Stimmung bekannt geworden ist."

Die Iltener Familienpflege, welche im Jahre 1880 mit 4 Kranken in 3 Pflegestellen versucht wurde, umfasste bei dem Tode des Schöpfers 140 (männliche) Kranke, die ausser in Ilten selbst in den zum Kirchspiel Ilten gehörigen Dörfern Bilm, Höver und Ahlten in braven Familien ein zweites Heim gefunden haben und dort so wohl aufgehoben sind, dass Paetz, der als bester Kenner der Vorzüge des colonialen Systems der familiären Irrenpflege zwar wohlwollend, aber doch skeptisch gegenübersteht, in seiner klassischen Monographie schreibt:

„Aus eigener Anschauung kann ich bestätigen, dass der Eindruck, den die Iltener Familienpflege macht, der denkbar günstigste ist und alle meine Erwartungen übertroffen hat; ich

habe eine grosse Reihe von Quartieren besucht und nicht eines gefunden, das mir auch nur zu der geringsten Ausstellung Anlass gegeben hätte."

Dass die Iltener Familienpflege nicht noch grössere Ausdehnung erfuhr, lag keineswegs an dem Fehlen weiterer geeigneter Pflegestellen, sondern, wie Wahrendorff selber schreibt, „an den Schwierigkeiten, die daraus entsprangen, weil sie in privatärztlichen und nicht direct in staatlichen Verhältnissen ihren Ausgangspunkt und ihre Stütze fand."

In Ilten werden an die Pfleger, von denen ein grosser Teil (wenigstens ein Familienmitglied) einmal im Anstaltsdienst gestanden hat, pro Jahr und Kopf 270 Mark gezahlt, wofür den Kranken gute Wohnung und Pflege gewährt wird. Ausserdem erwachsen der Anstaltsleitung noch pro Jahr und Kopf — abgesehen von den durch Verwaltung und ärztliche Behandlung entstehenden Kosten — etwa 90 Mark Auslagen für Bekleidung, Arznei, Tabakgeld usw. usw., sodass der Kranke, Administration und Behandlung nicht eingerechnet, thatsächlich pro Tag und Kopf eine Mark Kosten verursacht. Das Mobiliar wird vorschriftsmässig von dem Pfleger angeschafft,*) Kleidung und Schuhwerk stellt die Anstalt, von der aus die Familienpflege sorgfältig controlliert wird.

Bei Auswahl der in Familienpflege zu versetzenden Kranken wird grosse Vorsicht geübt, insbesondere werden solche mit verbrecherischen Neigungen, mit Hang zu Entweichung, Brandlegung, zu Geschlechtsattaquen usw. gänzlich ausgeschlossen. Es sind nie mehr als zwei Kranke in einer Familie. Für gute Aufsicht sorgen ausser den Anstaltsärzten und Beamten eine Anzahl von Vertrauensmännern, die aus der Reihe der achtbarsten Persönlichkeiten gewählt sind.

Die Wahrendorff'sche Familienpflege, an deren Ausbau auch sein Schwiegersohn und langjähriger Gehilfe, Sanitätsrat Hesse, rühmlich mitarbeitete, wirkte wie im Ausland — selbst in Gheel

---

*) Die Anstaltsleitung besorgt das Inventar in der Regel selber und lässt es gegen monatliche Abzahlung in den Besitz des Pflegers übergehen.

fand ich Manches Ilten nachgeahmt — so auch in Deutschland vielerorten anregend und vorbildlich.

Den nächsten weiteren Versuch familiärer Verpflegung machte die Reichshauptstadt im Jahre 1885 auf Anregung des Directors der Dalldorfer Anstalt, Geheimrat Sander, der bereits im Jahre 1883/84 privatim gegen 15 nicht mehr anstaltspflegebedürftigen, aber doch einer geordneten Fürsorge bedürftigen Kranken nach Entlassung aus der Anstalt in geeigneten Familien Unterkommen verschafft hatte.

Auf Grund mehrfacher Conferenzen der berufenen städtischen Verwaltungsbeamten und des Anstalts-Directors und in Folge der gemeinsamen Überzeugung, „dass es für einen Teil der Kranken wünschenswert sei, dass sie auch nach ihrer Entlassung aus der Irrenanstalt Objecte der Irrenpflege blieben", kam am 7. Juli 1885 zwischen dem Curatorium der Anstalt und der Armen-Direction eine Vereinbarung dahin zu Stande, dass die Kranken jener Categorie ungeachtet ihrer Entlassung Objecte der Irrenpflege bleiben und die Kosten ihrer ferneren Verpflegung und Behandlung auf den Etat der Irrenanstalt zu übernehmen sind. Damit war die Einrichtung einer unter der Direction der Anstalt stehenden Familienpflege Geisteskranker sanctioniert. Trotz mannigfacher Schwierigkeiten und unangenehmer Zwischenfälle bewährte und erweiterte sich die neue Einrichtung derart, dass am 31. März des Jahres 1893 bereits 121 Männer und 88 Frauen, im Ganzen 209 Kranke = 6,4 % des Bestandes der Anstalt in (zum grossen Teil verwandten) Familien in Dalldorf, Reinickendorf und anderen Vororten Berlins verpflegt wurden. Unter den Pflegern, die in der Hauptsache aus kleinen Beamten und Gewerbetreibenden, Arbeitern usw. bestanden, waren eine ganze Anzahl Familien activer Wärter und solche, aus denen früher Jemand im Anstaltsdienst gestanden hatte, die also schon Erfahrung in der Irrenpflege hatten. Das Pflegegeld schwankt je nach der geringeren oder grösseren Hilfsbedürftigkeit der Kranken zwischen 12 und 40 M., betrug in der Regel aber 20—25 M. im Monat. Die Kleidung wird

von der Anstalt, das Mobiliar hingegen von den Pflegern gestellt, die dem Kranken Kost, Wohnung und Pflege gewähren. Die ärztliche Aufsicht geschieht unter Oberleitung des Directors durch Anstaltsärzte.

Mit Eröffnung der Irrenanstalt Herzberge im Jahre 1893 ging ein Teil der Pfleglinge (63) und Pflegestellen an diese über, sodass Berlin nunmehr eine Dalldorfer und eine Herzberger Familienpflege unter jeweiliger Leitung der betreffenden Anstalts-Direction besitzt.

Ende des Etatsjahres 1896/97 betrug die Zahl der Herzberger Familienpfleglinge 139.

Einrichtung, Überwachung und Pflegegeld sind ähnlich wie in der Dalldorfer Familienpflege; auch hier sind ziemlich viel eigene Familien mit herangezogen. Herzberge verfolgt aber weit mehr als Dalldorf und die andern bisher genannten deutschen Familienpflegen mit Glück den Zweck, durch vorübergehenden Aufenthalt in der Familie den aus der Anstalt entlassenen Kranken soweit zu festigen, dass er sich selber forthelfen kann, was gar nicht selten, mitunter sogar geradezu überraschend gelingt. Selbst bei vielen Nichtheilbaren wird auf die Weise noch eine geringere oder grössere Selbständigkeit erzielt. In 4 Jahren war es möglich, 112 Familienpfleglinge ohne jede fortlaufende Unterstützung dem bürgerlichen Leben wiederzugeben und 135 andere mit geringer fortlaufender Unterstützung der Armen-Direction zu überantworten. Die Herzberger Familienpflege bildet demnach in erster Linie nicht einen dauernden Ersatz des Anstaltsaufenthalts, etwa einer colonialen Verpflegung, sondern einen segensreichen und unentbehrlichen Schlussfactor der Behandlung.

Hierdurch unterscheidet sich die Berlin—Herzberger Familienpflege wesentlich von den bisher besprochenen anderweitigen Familienpflegen in Deutschland.

Etwas später als Dalldorf eröffnete auch die schlesische Provinzialanstalt Bunzlau in dem 3/4 Stunde entfernten Dorfe Looswitz unter Director Sioli eine Familienpflege unter ausgesprochener Anlehnung an die Iltener Einrichtungen und Be-

dingungen. Das Pflegegeld betrug pro Jahr und Kopf 240 M. Im Juli 1886 wurden zunächst 8, am 1. April 1887 weitere 8 und im Laufe des Jahres 1888 noch 14 männliche Kranke in Familienpflege untergebracht. Diese Zahl von 30 Stellen erwies sich in den folgenden Jahren etwas zu gross. Gegenwärtig — und bereits seit dem Jahre 1895 — befinden sich dortselbst ohne besonderen Wechsel und unangenehme Zwischenfälle 25 Kranke in Familienpflege, wie mir Director Stöver jüngsthin freundlich mitteilte und dabei seinem Bedauern Ausdruck gab, dass unter den Pflegern keine Handwerker seien, weil diese sich möglicherweise besser zu Pflegern eignen, als die dortigen Bauern und kleinen Stellenbesitzer, bei welchen höher stehende Kranke sich nicht sonderlich wohl fühlen.

Seit Herbst 1889 ist im Anschluss an die Provinzial-Irrenanstalt Eichberg im Rheingau in den Dörfern Geisgarten, Kiedrich, Hausen und Langenschwalbach eine Familienpflege für weibliche Kranke vom Director Schröter eingerichtet. Es befinden sich zur Zeit 42 Frauen — 14 Procent aller weiblichen Kranken — für die ein Pflegesatz von je 320 M. pro Jahr gezahlt wird, in Familien und zwar vorwiegend in solchen, wo entweder der Mann oder noch besser die Frau früher im Anstaltsdienst gestanden hat. Es bestehen genaue Vorschriften über Wohnung, Verpflegung, Behandlung pp. der Pfleglinge, denen anstaltsseitig Kleidung und Arznei gestellt wird. Die dortige Familienpflege, welche unter sorgfältiger Controlle des Anstaltsleiters steht, bewährt sich recht gut. Unfälle kamen nicht vor, Wechsel war sehr gering.

Bei der ostpreussischen Irrenanstalt Kortau besteht seit dem Jahre 1889 eine Art von Familienpflege, indem früheren, qualificierten Wärtern eine Zahl von Kranken (6—10—15) in Pflege gegeben werden. Die Anstalt giebt Betten, Bettwäsche, Kleider, Leibwäsche, Stiefel usw., sodass der Wärter nur für die Nahrung und Reinigung zu sorgen hat. Er bekommt dafür pro Kopf und Monat 18 M. Es sind auf diese Weise z. Zt. 30 männliche und 10 weibliche Kranke untergebracht. Die Revision erfolgt durch Ärzte und Oberwartepersonal der Anstalt. Der Director Dr. Stoltenhoff ist, was ihm wohl

jeder Sachverständige nachfühlen kann, für dieses System der Familienpflege sehr wenig begeistert.*)

Die ältere ostpreussische Anstalt Allenberg hat im Jahre 1891 unter Anlehnung an die Iltener Bestimmungen eine ächte familiäre Irrenpflege ins Leben gerufen.

Es befanden sich in den letzten Jahren durchschnittlich 18—22 männliche Kranke in Familienpflege, die sich durchweg behaglicher und wohler fühlten, als in der Anstalt. Die Pfleger waren vorwiegend kleine Besitzer und Förster; namentlich die bei letzteren wohnenden Kranken waren recht gut aufgehoben. Besondere Zwischenfälle kamen nicht vor, in den ersten Jahren fand häufiger Wechsel statt. Die Anstalt stellt Bett, Kleidung und Wäsche. Das Pflegegeld schwankt zwischen 3—14 Mark pro Monat.

Alles in Allem hält Director Sommer die familiäre Verpflegung unter ländlichen Verhältnissen und bei sorgfältiger Auswahl der geeigneten Pfleglinge für ganz empfehlenswert. Nach seiner weiteren freundlichen Mitteilung waren Wärteransiedelungen geplant mit je einem Haus für eine nach 10jähriger Dienstzeit pensionierte Wärterfamilie und mit etwa 30 Morgen Land, sowie mit der Verpflichtung, 2—3 Kranke bei sich aufzunehmen. Das erforderliche Terrain ist bereits angekauft, doch unterblieb leider die Ausführung, da 1895 ein Wechsel in der Person des Landeshauptmanns eintrat und das Land für andere Zwecke verwendet wurde.

Von Seiten der Grossherzoglich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Blankenhain werden seit längerer Zeit eine Anzahl zu entlassender Kranken vorher geeigneten Familien in Pflege gegeben, um zu versuchen, ob sie auch ausserhalb der Anstalt leben und arbeiten können. Die Pfleger erhalten in

---

*) Eine ähnliche Einrichtung besteht auch in Schleswig, wo seit etwa 25 Jahren eine Reihe kleiner Privatpflegeanstalten mit kleinem Landbetrieb, deren Inhaber meist ehemalige Wärter resp. Wärterinnen sind, zur Entlastung der Anstalt dienen. Der Pflegesatz beträgt pro Jahr und Kopf (vom 1. Novbr. v. J. ab) 350 M. Es sind z. Zt. 450 Kranke (227 Männer, 213 Frauen) in dieser Weise untergebracht. Die ärztliche Aufsicht wird durch die Anstaltsärzte ausgeübt.

der Regel keine weitere Vergütung als die unentgeltliche Arbeitsleistung der Pfleglinge. Die Aufsicht wird von dem Anstaltsdirector geführt.

In Hildburghausen (Sachsen-Meiningen) besteht seit dem Jahre 1893 eine Familienpflege, die zunächst eine Kreiseinrichtung war, sich als solche nicht bewährte und deshalb im Jahre 1897 der Anstaltsverwaltung unterstellt wurde. Sie lehnt sich im Wesentlichen eng an die Iltener Bestimmungen und Vertragsbedingungen an und zählte am 31. Dezember 1897 im Ganzen 23 Pfleglinge (14 Männer, 9 Frauen), die ausschliesslich der Klasse der chronischen Kranken angehören. Der Director bezeichnet in dem letzten Jahresbericht „die Leistungen dieser Unterbringungsart einstweilen als befriedigend“, will aber bei der Kürze der Beobachtungszeit ein eingehendes Urteil noch nicht abgeben.

Aus der Staatsirrenanstalt Lübeck befindet sich nach einer freundlichen Mitteilung des Directors Wattenberg z. Zt. ein Kranker in Familienpflege. Der Versuch, diese Verpflegungsform mehr auszudehnen, scheiterte an den „ungünstigen örtlichen Verhältnissen“. Kleine Landleute, die ihr Feld selbst bebauen, giebt es vor den Thoren der Stadt fast gar nicht; es sind entweder Gutsbesitzer oder Arbeiter. Die Versuche werden fortgesetzt.

Bei der rheinpfälzischen Irrenanstalt Klingenmünster wurde im Jahre 1895 eine Familienpflege in dem benachbarten Dorf Göcklingen ins Leben gerufen, woselbst aber nicht mehr als 4 Kranke in Familien wohnen.

Bei Zwiefalten in Württemberg wurde im Jahre 1896 die familiäre Verpflegung mit günstigem Erfolg versucht, sodass Ende 1897 bereits 24 Kranke = 5 % aller Anstaltsinsassen in den benachbarten Gebirgsdörfern zumeist in solchen Familien wohnten, aus denen schon Jemand im Anstaltsdienst gestanden hat. Es sind nach Mitteilung des Oberarztes Dr. Kemmler bereits „in mehreren Fällen unerwartete Besserungen eingetreten. Blöde Kranke, denen man keine Fortschritte mehr zugetraut hatte, fingen an, mehr Teilnahme zu zeigen, wurden wieder anstellig und brauchbar, und bekamen gutes Verständnis für die Vor-

teile des Familienlebens. Sehr nachdenklich machte uns die stets sich wiederholende Erfahrung, dass die Kranken die Familienpflege, auch wenn sie in dürftige Verhältnisse kamen, der wohlausgestatteten Anstaltspflege weit vorzogen. Wir überzeugten uns, dass wir in manchen Fällen das Bedürfnis der Kranken nach grösserer Selbständigkcit und intimerer Berücksichtigung doch unterschätzt hatten. In der Anstalt kommt auf 6—7 Kranke ein Wärter. In der Familienpflege beschäftigen sich mit einem Kranken 5—6 Personen. Für Kranke, die der Anregung und Aufmunterung bedürfen, ist die Familienpflege der Anstalt immer überlegen. Mächtig wirkt bei der Versetzung in die Familie immer die Rückkehr in natürliche Verhältnisse aus dem künstlichen Anstaltsgetriebe. Wir haben aus diesen Wahrnehmungen für die Ordnung des Anstaltslebens wichtige Lehren gezogen.“ Das Pflegegeld beträgt 220—360 M. jährlich.

Auch bei der württembergischen Pflegeanstalt Weissenau ist ganz neuerdings die familiäre Irrenpflege ins Leben gerufen.

Auch in der Braunschweiger Landes-Heil- und Pflegeanstalt Königslutter hat durch die Initiative des Directors Gerlach die Familienpflege seit diesem Sommer Eingang gefunden, wenn auch in einer etwas eigenartigen Form.

Eine ganze Anzahl ehemaliger Pflegerinnen haben sich, wie dies ja auch anderwärts häufig vorkommt, mit Pflegern verhei ratet und in den der Anstalt nahe gelegenen Orten „Stift Königslutter“ und „Oberlutter“ ihr Heim begründet. Die Männer bleiben vielfach nach wie vor in Anstaltsdiensten, ihre Frauen gehen, da die Männer doch nicht zu Hause, sondern in der Anstalt essen vielfach halbe und ganze Tage auf auswärtige Arbeit. Diesen Familien werden harmlose Kranke ins Haus gegeben, die bei ihnen schlafen und frühstücken. Tagsüber gehen die Pfleglinge wieder in die Anstalt, arbeiten und essen dort, um Abends mit dem Wärter in die Familie zurückzukehren. Pro Pflegling und Tag, oder besser gesagt Nacht, bezahlt die Anstalt 40 Pfg.

Bis jetzt sind 30 Kranke, je zur Hälfte ungefähr Männer und Frauen, in der Art untergebracht, ohne dass sich besondere Unzuträglichkeiten herausgestellt haben.

Eine richtige familiäre Pflege ist das zwar nicht, denn der Pflegling soll in der Familie aufgehen, Freud und Leid mit ihr teilen, bei ihr essen und arbeiten.

Der Versuch ist trotzdem sehr lehrreich, weil er wiederum beweist, dass gerade ehemaliges Pflegepersonal in besonderem Maasse gewillt und befähigt ist, auch ausserhalb der Anstalt mit Kranken umzugehen und zu verkehren.

Man darf wohl auch schlussfolgern, wenn es möglich ist, die Kranken während der Nacht den Familien anzuvertrauen, dann wird es erst recht am Tage gehn.

Eine in Bezug auf Entstehung und Einrichtung neuartige Familienpflege ist mit der meiner Leitung unterstehenden Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe, Provinz Sachsen, verbunden.

Unmittelbar nach der im Herbst 1894 erfolgten Eröffnung dieser baulich noch ziemlich unfertigen, abseits grösserer Wohnorte belegenen Anstalt machte sich der Uebelstand bemerkbar, dass gutes Pflegepersonal für die rapid anwachsende Anstalt nicht in genügender Zahl und Güte zu beschaffen, noch weniger festzuhalten war, weil die einsame Lage nicht hinreichend Abwechslung und Zerstreuung bot. In Bezug auf das männliche Personal — nur von diesem soll hier die Rede sein — wurde Abhilfe erhofft durch Heranziehung verheirateter Wärter, weil diese in ihrer Familie einen Ersatz und gleichzeitig einen Grund zur Sesshaftigkeit haben. Da aber in den ärmlichen, überdies noch weit abgelegenen Nachbardörfern nicht einmal um schweres Geld geeignete Familienwohnungen zu erhalten waren, erschien es unumgänglich nötig, möglichst rasch gute und billige Wohnungen für die Familien der Wärter zu beschaffen und Mittel ausfindig zu machen, ihnen die Haushaltsführung zu erleichtern und zu verbilligen. Dies glaubte ich erreichen zu können durch Gründung eines Dörfchens, in welchem die Familien gegen billiges Entgelt schöne, gesunde Wohnung finden und gleichzeitig Gelegenheit haben, gegen Gewährung einer angemessenen Entschädigung nicht mehr anstaltspflegebedürftige Kranke in Familienpflege zu nehmen. Bereits am 7. October 1894 wurde dem Herrn Landeshauptmann, Grafen

Wintzingerode, der von jeher der Entwickelung und Einführung der Familienpflege regstes Interesse entgegenbrachte, mit eingehender Begründung ein detaillierter Plan zur Erbauung eines solchen Wärterdörfchens mit Berücksichtigung der familiären Krankenpflege eingereicht.

Von der Erbauung dieses Dörfchens sei, so berichtete ich, zu erhoffen:

1) Erlangung eines sesshaften tüchtigen Wärterstammes,
2) Zweckmässige und billige Verpflegung einer Anzahl geeigneter Kranken in Familien,
3) Erwachen des Interesses für familiäre Irrenpflege in der Nachbarbevölkerung, die, obgleich an und für sich hierzu wohlgeeignet, wegen Scheu vor allem Neuen ohne augenscheinliches Beispiel nicht an einen praktischen Versuch herantreten werde.

Mein Plan fand von Seiten der Landesdirection und des Provinzialausschusses derartige Billigung und Förderung, dass schon am 1. Februar 1895 von dem sächsischen Provinzial-Landtag die Mittel zum Ankauf eines 1,5 Kilometer von der Anstalt abgelegenen, passenden — bereits von mir privatim erworbenen — Grundstückes und zur Erbauung und Ausstattung von zunächst vier Doppelwohnhäusern bewilligt wurden, woraufhin alsbald mit dem Bau begonnen werden konnte.

Ein Jahr später wurden die Mittel zur Erbauung weiterer drei Doppelwohnhäuser an derselben Stelle bewilligt, sodass jetzt dort 14 schöne Wohnungen für Wärterfamilien vorhanden sind. In jeder dieser Wohnungen ist gleichzeitig Platz zur Aufnahme von drei geeigneten männlichen Kranken vorhanden.*)

Wie aus dem am Schluss beigefügten Lageplan ersichtlich ist, gehört zu jeder Wohnung ausser einem ziemlich grossen Hofraum über 600 qm Gartenland. Die Wohnung der Familie, bestehend aus geräumiger Küche, grosser Wohnstube und zwei Schlafkammern befindet sich im Erdgeschoss. Unter der Küche

*) In der Nähe der Anstalt sind auch bereits drei Doppelhäuser als Anfang eines zweiten Dörfchens (für weibliche Pfleglinge) fertig gestellt, die vorderhand indes noch zu andern Zwecken (Baubureau usw.) benutzt werden.

ist der vom Flur aus zugängige Keller angelegt. Im Obergeschoss befinden sich ein grösseres (für zwei Kranke) und ein kleineres (für einen Kranken) Zimmer. Ausserdem ist im Obergeschoss für die Familie noch eine Abstellkammer, eine Räucherkammer und ein grosser schöner Trockenboden.

Zu jeder Wohnung gehört ferner Stallung für Schweine und Ziegen, ein geräumiger Holzschuppen mit Futterboden, ausserdem ein eigenes Closet.

Für eine derartige, gewiss allen berechtigten Wünschen in weitgehendster Weise Rechnung tragende Wohnung bezahlt die Familie nur die geringe Jahresentschädigung von 50 Mark, in der Voraussetzung, dass sie geeignete männliche Kranke zu sich in Familienpflege nimmt und gut für sie sorgt. Die für die Kranken bestimmten, im Obergeschoss gelegenen Schlafzimmer sind anstaltsseitig mit gutem, aber schlichtem Mobiliar einschliesslich Bettwäsche, ausgestattet. Die Familie des Wärters erhält für den Kranken pro Tag und Kopf als Entschädigung für verabreichte Kost und Instandhaltung der Kleidung und Wäsche 60 Pfg. Für Neuanschaffung und Ergänzung trägt die Anstalt Sorge. Das Nähere ist aus den als Anhang beigefügten „Bestimmungen über die Familienpflege" zu ersehen.

Wenn auch kein grosser Nebenverdienst bei dieser Entschädigung für die Unterhaltung der Kranken herausspringt, so wird doch durch die regelmässige Baareinnahme von drei mal 60 Pfg. pro Tag die Führung des Haushaltes wesentlich erleichtert und verbilligt, zumal ja ein grosser Teil des Gemüses in dem eigenen Garten unter der Mithilfe der Kranken gebaut wird. Überdies machen sich die Kranken durch Wartung der Kinder, durch Verrichtung kleinerer Dienstleistungen (Holz klein machen etc.), durch Mitbesorgung des Kleinviehes etc. recht nützlich.

In einer von der Anstalt eingerichteten und überwachten Waarenverkaufsstelle sind sämmtliche Lebensmittel etc. in guter Beschaffenheit zu sehr billigen Preisen zu entnehmen.

Die bei Gründung des Dörfchens gehegten Erwartungen sind nach allen drei Richtungen vollauf in Erfüllung gegangen.

Durch die billige Überlassung schöner gesunder Wohnungen,

die sich pro Familie, einschliesslich der Möblirung der Krankenzimmer auf nicht ganz 6000 Mark stellt, ist ein sesshafter Stamm tüchtiger Wärter gewonnen, die in ihrem behaglichen Heim reichlich Ersatz für die Einsamkeit der Gegend und Erholung von den Anstrengungen des Dienstes finden.

Mit Fertigstellung und Beziehung der einzelnen Wohnungen wurden auch männliche Kranke hinausgegeben, deren schon seit mehr als Jahresfrist durchschnittlich täglich 40 — zur Hälfte Erwachsene und Kinder — sich in voller Freiheit der Teilnahme am Familienleben erfreuen, ohne indes der erforderlichen ärztlichen Controlle entzogen zu sein.

Das Interesse der Nachbarschaft, die das behagliche Leben und Treiben in dem schmucken Wärterdörfchen — nach einer bei der Centenarfeier dortselbst von den Kranken gepflanzten Eiche, „Wilhelmseich“ benannt — mit wachsendem Staunen und Bewundern beobachtete, ist schon längst für Familienpflege erwacht. Schon sind eine Reihe von Gesuchen um Überlassung von Kranken an mich ergangen und bereits seit einem halben Jahr befinden sich 4 unserer weiblichen Kranken in Gardelegen,*) der benachbarten Kreisstadt, in Familienpflege, neuerdings einige andere in dem benachbarten Dorfe Börgitz.

Von besonderen Unfällen oder unliebsamen Ereignissen ist unsere junge Familiencolonie bis jetzt Gottlob verschont geblieben. Es kamen zwar, wie das auch vorausgesehen war, verhältnismässig viel Rückversetzungen vor, was seinen Grund darin hatte, dass die Wärter-Familien meist noch sehr jungverheiratet waren und noch nicht genug Beschäftigung für die Kranken hatten. Trotz grösster Vorsicht bei Auswahl der Kranken erwiesen sich einige derselben nicht als geeignet, wurden eher schlechter als besser, und mussten bald zur Anstalt zurückgenommen werden. Der überwiegenden Mehrzahl hingegen wurde die Familienpflege eine Stätte behaglichen Glücks und gemütlicher Anregung, wie sie unsere Anstalt trotz ihrer modernsten Einrichtungen nimmermehr zu bieten vermochte.

---

*) Bemerkung während der Correctur: Inzwischen sind zwei weitere weibliche Kranke nach Gardelegen in Familienpflege gekommen, einige andere folgen in kürzester Zeit nach.

Unsere Erfahrung lehrt aber auch, dass nur unter wirklicher psychiatrischer Leitung und Aufsicht eine Familienpflege ins Leben gerufen werden kann und darf.

Wenn wir fragen, weshalb diese freieste und natürlichste aller Verpflegungsformen, die zudem noch den Vorzug grosser Billigkeit hat, bei uns in Deutschland im Verhältnis zu Belgien und Schottland nicht so recht in Gang kommen und an Ausdehnung gewinnen will, obwohl iu den deutschen Anstalten anerkanntermassen die freie Irrenbehandlung im Vergleich mit anderen Ländern eine ziemliche Vollkommenheit erlangt hat, so ist damit schon der vornehmste Grund angegeben.

Gerade weil in unseren modernen Anstalten, zumal den colonialen, die Geisteskranken ein anderswo kaum geahntes Maass von persönlicher Freiheit, Behaglichkeit und Fürsorge geniessen, ist das Bedürfnis nach Einführung der Familienpflege im Interesse der Kranken in Deutschland wesentlich geringer zu Tage getreten. Glauben doch viele erfahrene Irrenärzte, zumal solche, die in colonialer Verpflegung Hervorragendes leisten, aber in der familiären eigener Erfahrung ermangeln, die Versetzung der Kranken in Familienpflege bedeute für dieselben meistens eher eine Verschlechterung als eine Besserung ihres Looses.

Dieser Glaube erhielt dadurch immer wieder neue Nahrung, weil Einer dem Andern — freilich ganz im Widerspruch mit den thatsächlichen Verhältnissen der heutigen Campine — nacherzählte, wie in Gheel, dem Mutterlande und Vorbild der Familienpflege, Zwangsjacke, Fussfessel und Peitsche immer noch in voller Anwendung seien und in diesem, von Schwärmern und Idealisten gepriesenen „Paradies der Irren“ Aberglaube und Exorcismus die psychiatrischen Fortschritte und Errungenschaften niederdämpften und überwucherten.

Daraus schloss man, dass das Familiensystem dem Restraint immer noch eine Hinterthür offen lasse und den Kranken vielfach statt grösserer Freiheit eher Zwang oder Beschränkung bringe, dass das Leben in einer Pflegerfamilie in der Regel dem Kranken eher zum Wehe als zum Wohle gereiche.

Der Umstand, dass thatsächlich in manchen neu eingerichteten Familienpflegen viele Kranken bald wieder nach der Anstalt zurückdrängten, schien diese Ansicht zu bestätigen. Je älter eine Familienpflege ist, desto seltener pflegen die Rückversetzungen nötig zu werden, weil die Familien mit der Zeit mehr Übung und Geduld im Umgang mit Kranken erlangen, weil dem Arzt die einzelnen Pflegefamilien in ihren Eigenheiten bekannter werden, ihm also eine passendere Verteilung der Kranken in die gerade für sie geeigneten Pflegestellen möglich ist und endlich, weil der Arzt selber erfahrener in der Auswahl der Kranken wird. Es giebt Kranke, die sich in der Gemeinschaft mit vielen Leidensgenossen, in einem mehr „rottenweisen“ Zusammenleben ungleich wohler fühlen wie im kleinen Familienkreis. Sie werden sich in der besten Pflegestelle nicht so glücklich fühlen wie in der Anstalt, aus der sie darum nicht versetzt werden dürfen. Diese Erfahrung muss Jeder ein Paar Mal selber gemacht haben, dann wird er schon das richtige treffen.

Man hat auch von zahlreichen Schwängerungen schwachsinniger Frauen in der Familienpflege erzählt, ohne den Thatbestand genauer dahin zu berichtigen, dass diese Vorkommnisse zumal in Schottland und in Gheel aus einer Zeit stammen, in der keinerlei irrenärztliche Controlle stattfand. Neuerdings sind solche, übrigens in den besten Anstalten auch nicht ganz zu vermeidende Ereignisse, auf ein Minimum zurückgegangen; in Gheel ist seit 1893 keine Schwängerung einer Kranken vorgekommen, trotzdem mehr als 900 weibliche Kranke sich dort vollkommen frei unter Gesunden bewegen. Die nach der Richtung in Schottland gemachten Erfahrungen sind, wie an früherer Stelle bereits mitgeteilt wurde, ebenfalls sehr günstige. Auch was sonst über Schädigung der Kranken in den Familien, insbesondere auch über Ausbeutung ihrer Arbeitskraft erzählt wird, erweist sich bei gründlichem Besuch der bestehenden und gut beaufsichtigten Familienpflegen als blosse Erfindung oder als masslose Übertreibung.

Darüber, ob die Familienpflege den hierzu geeigneten Kranken mehr bietet, als die Anstalt, lässt sich überhaupt nicht erfolgreich disputieren. Man muss es mit eigenen Augen

gesehen, mit dem eigenen Herzen gefühlt haben, wie die Kranken unter dem anheimelnden Reiz des Familienaufenthaltes wieder aufthauen zu neuem Geistesleben, zu schaffensfreudigem Interesse, zu dankerfülltem Lebensgenuss. Wer überhaupt zu dieser Frage Stellung nehmen will — und dazu ist jeder Irrenarzt und jeder mit der Irrenfürsorge beschäftigte Verwaltungsbeamte verpflichtet —, der schöpfe seine Wissenschaft nicht aus Schriften und Erzählungen, der bilde sich keine Überzeugung aus tiefsinnigen theoretischen Erwägungen am grünen Tisch, nein, der reise hin nach Bremen, nach Ilten, nach Gheel — nicht auf flüchtige Stunden, sondern auf Tage und Wochen*) —, er lasse die lebensfrischen Eindrücke unbefangen und vorurteilslos auf sich einwirken, und er wird zu der Ansicht kommen, dass wohl dies und das anders und besser zu gestalten sei, aber er wird auch mit dem Verstand und mit dem Herzen Griesinger's Ausspruch begreifen, dass die Familienpflege vielen Kranken das gewährt, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann. Jahrelange Zweifel kann eine einzige Beobachtung auf immer entkräften.

Zugegeben, so hörte ich manchmal sagen, eine gute Familienpflege biete thatsächlich den dafür geeigneten Kranken, selbst im Vergleich mit einer guten Anstalt mancherlei Vorzüge, so stehen doch der Errichtung und lebensfähigen Gestaltung neuer Familienpflegen eine ganze Anzahl nicht zu unterschätzender, ja nicht zu beseitigender Bedenken und Hindernisse im Wege.

Dies sind im Wesentlichen folgende:

1. Die Einführung der Familienpflege bewirkt eine Verschlechterung der Anstalten, weil sie denselben die erforderlichen guten Arbeitskräfte entzieht und ausserdem diejenigen ruhigen Kranken fortnimmt, welche ein unentbehrliches, die Behaglichkeit und Friedlichkeit förderndes Bindeglied zwischen schwer Kranken und Gesunden darstellt. Indem man diese gutartigen Elemente

---

*) Mit Recht klagt Dr. Peeters darüber, dass manche Besucher nur 4—5 Stunden in Gheel weilen, die Hälfte dieser Zeit noch beim Essen zubringen, dafür aber nachher desto längere und abfälligere Berichte schreiben.

in Familienpflege versetzt, raubt man den Anstalten ihren familiären Charakter.

2. Die angeblich durch den geringeren Verpflegungssatz der Familienpfleglinge erzielte Verbilligung der Irrenpflege wird dadurch wieder mehr als aufgehoben, weil in der Familienpflege häufig Leute zurückbehalten werden, die ebensogut zu Hause sein können, dort ihr Brot selber verdienen, während sie so den Communen und Verbänden zeitlebens zur Last liegen.
3. Das Fehlen einer geeigneten Bevölkerung in der Nähe der Anstalten macht fast immer und überall die Einführung der Familienpflege unmöglich, selbst wenn man die Berechtigung und die Vorzüge derselben anerkennt.
4. Die Zahl der für Familienpflege geeigneten Kranken ist zu gering, als dass die aufzuwendende Mühe im Verhältnis zu dem zu erhoffenden Gewinn steht, als dass sie eine wirkliche Entlastung der Anstalten bedeutet.
5. Die Einführung der Familienpflege birgt Gefahren für die gesunde Bevölkerung in sich.

Prüfen wir diese Einwände auf ihre Wertigkeit, so scheint mir der letzte längst durch die Erfahrung widerlegt zu sein. Man hat gesagt, die Bewohner solcher Irrendörfer degeneriren selber nach und nach derartig, dass Gesunde und Kranke kaum mehr zu unterscheiden sind; man berief sich auf Gheel, dessen Einwohner um deswillen von den benachbarten Ortschaften den Beinamen „Gheelsche Jotten" oder Narren erhalten hätten. Wie rasch und wie leichtfertig derartige Beinamen gegeben werden, wissen wir ja Alle, das ist ja, wie wir gehört haben, schon im grauen Altertum so gehandhabt worden; ein solcher Witz ist zu wohlfeil, als dass ihn sich die Menge entgehen liesse. Wenn thatsächlich in Gheel degenerirte Eingeborene auffallend häufig wären, so liesse sich das ganz anders erklären. Die Bevölkerung der Campine heiratet nämlich seit Jahrhunderten unter einander, zuweilen sogar in recht naher Verwandtschaft. Hätte neben der bedauerlichen Inzucht noch ein zweiter seit Jahrhunderten bestehender schädlicher Factor mit-

gewirkt, dann müsste die heutige Gheeler Bevölkerung ja ein überaus trauriges Bild gewähren. Nichts von alledem ist der Fall, man braucht nur die Kinder im Gheeler Bezirk beim Heimweg aus der Schule beobachten, um sofort überzeugt zu sein, dass von einer Massendegeneration nicht die Rede sein kann. Es giebt wohl in Gheel vereinzelte, aber auch nicht mehr als anderswo, Familien, die kinderarm sind, oder Idioten und Geisteskranke aufweisen, das sind aber solche Fälle, in denen zwischen den Eheleuten nahe Blutsverwandtschaft bestand.

Auch aus Schottland und aus der Bremer Gegend, wo seit langer Zeit Familienpflege besteht, sind keinerlei Thatsachen zur Stütze der obigen Behauptung bekannt geworden.

Man hat ferner eingewendet, die Kinder der Familien würden durch die Kranken in ihrer moralischen Ausbildung geschädigt; das Gegenteil hat sich herausgestellt, die Kranken lieben die Kinder und behüten sie vor jeder Fährlichkeit, und die Kinder ihrerseits erblicken in den Irren Kranke, denen sie herzliches Mitgefühl, geduldige Nachsicht und Dankbarkeit entgegenbringen. Und das Erwecken und Stärken dieser letztangeführten Gefühle ist gewiss ein nicht zu unterschätzender erziehlicher Factor. Auch den Erwachsenen wird durch die kranken Hausgenossen Mitgefühl und Selbstbeherrschung wachgehalten und gestärkt, was ihnen mehr Nutzen als Nachteil für sich und auch bei der Erziehung ihrer Kinder bringt. Es wurde ferner auf die Gefahr hingewiesen, die infolge plötzlich ausbrechender Erregungszustände pp. der Kranken den Gesunden an Leib und Leben drohe; die frei unter den Gesunden lebenden Kranken könnten, so sagt man, unsittliche Attentate machen, Brand anlegen usw. Der Umstand, dass die Feuerversicherung keine höhere Prämie in Gheel, Ilten, Rockwinkel und anderswo erhebt, beweist allein schon, dass eine erhöhte Brandgefahr thatsächlich nicht besteht, ebenso verhält es sich mit den übrigen Bedenken. In Gheel hat in 5 Jahren ein einziges, zudem noch missglücktes Sittlichkeitsattentat durch einen Kranken stattgefunden. Was will das besagen bei mehr als tausend erwachsenen männlichen Kranken? Auch Angriffe oder gar Morde sind seit Jahrzehnten dortselbst nicht mehr

[illegible]

[illegible] Irrenärzten, [illegible] familiären Irrenpflege [illegible] Ansicht, der Procentsatz der an die Familienpflege [illegible] Kranken sei ein so geringer, dass ihr nur eine [illegible] Bedeutung beigelegt werden könne. Selbst an manchen Anstalten, wo praktische Versuche angestellt wurden, machte sich thatsächlich der Uebelstand bemerkbar, dass es leichter war, eine grössere Zahl Pflegestellen zu finden, als für diese geeignete Kranke. So waren z. B. — nach einer Mitteilung des Herrn Oberarztes Dr. Eckart in Klingenmünster — unter rund 600 Kranken sogar nur 4, die geeignet und geneigt waren zu einem ersten Versuch mit dieser freien Verpflegungsform. Demgegenüber steht die Thatsache, dass in Belgien und

Schottland mehr als 20% aller Geisteskranken derartig verpflegt werden, trotzdem gerade in dem letztgenannten Lande bei Auswahl der Kranken sehr vorsichtig und nach einer Richtung sogar zu begrenzt verfahren wird. Sind doch in Schottland eigentlich so gut wie sämmtliche Heilbaren von der Familienpflege ausgeschlossen. In Massachusetts hingegen werden die Unheilbaren bestimmungsgemäss ausgenommen. Diese beiden extremen Standpunkte dürften zur Genüge darthun, dass man auch in der Beschränkung zu weit gehen kann. So sehr man dem erfahrensten Kenner dieses Gebietes, Director Peeters in Gheel, Recht geben muss, wenn er sagt, „die Unheilbaren ausschliessen, heisst dem System den Kopf abschlagen“, ist das andere Extrem gewiss nicht minder verwerflich. Wer Gelegenheit hatte zu beobachten, wie manchmal Kranke, die Jahre lang gänzlich unverändert blieben, bei einer zufälligen Versetzung in eine andere Anstalt, in eine ganz andere Umgebung, in eine Familie überraschend schnell zur Besserung und Heilung schritten, der wird es nicht begreifen, dass man der Familienpflege als eines Heilfactors entraten will. Dass Reconvalescenz in der Familienpflege nicht selten weit schneller und besser als in der Anstalt verläuft, wird Jeder bestätigen, der nach der Richtung selber Versuche angestellt hat, ebenso dass die Familienpflege eine ausgezeichnete Quarantänestation ist, um den zu Entlassenden auf seine Widerstandsfähigkeit gegen die daheim seiner harrenden Schädlichkeiten mancherlei Art zu prüfen und ihn dagegen zu feien. Wie schwer wird es manchem Genesenen, sich wieder in die wirkliche Welt zu wagen, der er Jahre lang entrückt war, zu den Seinigen zurückzukehren, von denen ihn ein schwerer Wahn so lange getrennt hielt! Diese trennende Kluft überbrückt nichts leichter als eine gute Familienpflege, die dem Heilschatz der Anstalten schon aus diesem Grunde einverleibt werden muss. Dass zuweilen der Versuch misslingt, statt der erhofften Besserung ein erneuter Erregungszustand eintritt und eine Rückversetzung in die Anstalt nötig macht, vermag die Bedeutung der Familienpflege als Heilfactor nicht zu beeinträchtigen. Immerhin wird die Zahl der in Familienpflege zu gebenden acuten Kranken eine beschränkte,

procentualisch geringe sein. Aber auch mancher chronische Geisteskranke, an dessen Wiedergenesung schon starker Zweifel bestand, hat nach Jahre langem gleichen Verhalten unter dem Anreiz der häuslichen Eindrücke nahezu plötzlich ein anderes besseres Benehmen gezeigt, um rasch die volle geistige Gesundheit wieder zu erlangen. Diese Gruppe wird deshalb bei der Familienpflege besonders zu berücksichtigen sein.

Das Gros der Familienpfleglinge wird allerdings aus der Categorie der harmlosen unheilbaren Kranken zu entnehmen sein, die aber nicht nach einer recht eng begrenzten Schablone, sondern mit individueller Berücksichtigung aller einschlägigen Verhältnisse auszuwählen sind.

In erster Linie kommen für die Familienpflege, wie die in Gheel und in Schottland, sowie auch anderswo gemachten Erfahrungen lehren, die Idioten und Imbecillen in Betracht.

Diese Kranken entstammen in der überwiegenden Mehrzahl solchen Verhältnissen, dass eine Rückkehr in die eigene oder eine verwandte Familie von vornherein als ausgeschlossen gilt, selbst wenn durch frühzeitig eingeleitete sachverständige Behandlung eine erhebliche Besserung, ein Angewöhnen an Beschäftigung und Ordnung erzielt worden ist. Sie bleiben, obwohl Jedermann und am besten der Anstaltsdirector selber weiss und fühlt, dass sie der Anstalt nicht mehr benötigen, Jahre und Jahrzehnte da, weil man — wie Griesinger treffend sagte — sonst nirgends mit ihnen hinweiss. An Versuchen sie los zu werden, fehlt es ja zunächst nicht. Die Heimatbehörde wird unter Mitteilung, dass eine Anstaltspflegebedürftigkeit nicht mehr vorliege, ersucht für baldige Abholung und passende Unterkunft in einer geeigneten Familie oder sonstwo Sorge zu tragen. Meist erfolgt prompt die Antwort, sie sei hierzu nicht in der Lage. Oder aber sie macht bereitwillig einen wohlgemeinten, aber bald missglückten Versuch, der in ganz kurzer Zeit damit abschliesst, dass der Kranke verwahrloster und erregter als bei der erstmaligen Einlieferung zur Anstalt zurückkehrt, um nun für immer von der Heimatbehörde refüsiert zu werden. In der Anstalt ist zwar bald das vorige Gleichgewicht im Verhalten des Kranken wieder hergestellt, aber man gewöhnt sich

wohl oder übel daran, ihn nie wieder los zu werden. Er wird allmählig eine Nummer, die erst durch den Tod aus dem Anstaltsregister gelöscht wird.

Das Gesetz vom 11. Juli 1891 wird in jeder Provinz alljährlich den Anstalten viele Dutzende von Kranken zuführen, auf welche das vorstehende bis ins einzelne passt. Und viele von ihnen kommen in sehr jugendlichen Jahren zur Anstalt, erreichen, da keinerlei Schädlichkeit auf sie einwirkt, ein hohes Alter und verbleiben dortselbst ein bis zwei Menschenalter.

Soll man ihretwegen die an und für sich schon sehr in Anspruch genommenen Anstalten ins Ungemessene vergrössern, oder immer neue bauen mit einem ungeheuren Kostenaufwand? Ist man überhaupt berechtigt, ihnen dauernd die Wohlthat des Familienlebens vorzuenthalten? Und es ist eine Vorenthaltung, denn die meisten von ihnen fühlen sich auf die Dauer unbehaglich in der schönsten Anstalt, gerade weil Alles dort so luftig und licht, so grossartig und bis ins kleinste peinlich geordnet ist.

Gerade von ihnen kann ein überwiegend grosser Teil dauernd durch die Familienpflege eine zweite glücklichere Heimat finden.

Bei einer anderen Anzahl der gemäss dem vorerwähnten Gesetz frühzeitig, zumal in schulpflichtigem oder jugendlichem Alter der Anstalt überwiesenen Idioten lässt sich durch sachgemässe medicinisch-pädagogische Behandlung eine derartige Besserung erzielen, dass die Rückkehr ins bürgerliche Leben behufs selbständiger Erwerbung des Lebensunterhaltes möglich wird. Für sie bildet der Durchgang durch die Familienpflege einen notwendigen Schlussabschnitt der Behandlung, eine nicht zu entbehrende Abhärtungs- und Quarantänestation gegenüber der draussen im Leben in gesundheitlicher und moralischer Hinsicht ihrer harrenden Gefahren.

Ausser diesen beiden Gruppen von Idioten, bei denen die Anstalt mangels geeigneter Anverwandten eintreten muss, giebt es auch solche, die zwar nicht der eigentlichen Anstaltsbehandlung bedürfen, aber doch niemals einer irrenärztlichen Ueberwachung ganz entbehren können, darum auch nicht in die häuslichen Verhältnisse zurückdürfen, selbst wenn diese an und für sich noch so günstig sind. Es betrifft dies insbesondere Kranke mit

Neigung zu Erregungszuständen, die rechtzeitig erkannt durch Wegräumung des veranlassenden Momentes und mehrtägiger Bettruhe in der Regel sehr rasch wieder vorübergehen. In einer guten Pflegerfamilie, wo ja auf einen oder zwei Kranke 6—8 Gesunde achten — während in der Anstalt vielleicht auf 12 derartige Kranke ein Gesunder kommt — wird die beginnende Veränderung in der Regel sehr frühzeitig bemerkt und durch Befolgung der gegebenen ärztlichen Sondervorschriften meist im Keime erstickt. Allmählig werden die Erregungen seltener und seltener, um schliesslich in dem gleichmässigen, zusagenden Familienleben keine neue Nahrung mehr zu finden und ganz fortzubleiben.

Auch Epileptiker und Hysterische werden, wenn auch nicht in zu grosser Procentzahl, in der Familienpflege zweckmässig Aufnahme finden. Gerade bei Auswahl der ersteren ist allerdings grosse Vorsicht geboten, da z. B. alle diejenigen, welche nach genauen Diätvorschriften leben müssen, besser in der Anstalt verbleiben, weil nach den hier gemachten Erfahrungen die „Hausmannskost“ leicht vermehrtes Auftreten von Krämpfen zur Folge hat. Auch die mit ausgesprochenem „epileptischen Charakter“ können wegen ihrer hochgradigen Reizbarkeit ausserhalb der Anstalt nicht wohl gedeihen. Dass gerade diese Gruppe einen grossen Bruchteil von Kranken aufweist, die wegen der im Gefolge oder an Stelle eines Anfalls auftretenden tobsüchtigen Verwirrungszustände leicht sich und andern gefährlich werden können, die darum nicht in Familienpflege gegeben werden dürfen, ist selbstverständlich.

Immerhin wird man unter Aufbietung erhöhter Vorsicht bei Auswahl der Pflegestellen auch einer Anzahl von Epileptikern in der Familie ein behaglicheres Heim zu geben vermögen, als dies in der Anstalt, wo besonders die intelligenten die strenge Hausordnung bitter empfinden, möglich ist. Hysterische werden bekanntlich nirgends gern gesehen. In einer Anstalt angehäuft können sie zu einem wahren Kreuz für Ärzte und Personal werden. Sie überbieten sich mitunter förmlich in Darbietung neuer Krankheitssymptome, weil keine*) hinter der anderen zurückstehen will.

*) Das Gleiche gilt auch für die männlichen Hysterischen.

Ihnen gegenüber ist Befolgung des Grundsatzes Divide et impera die einzig aussichtsvolle Massnahme. Denn einzeln für sich genommen und auch genügend individuell berücksichtigt erweisen sie sich mitunter als verträglich und nützlich. Manche Ärzte und Pflegerinnen, zumal solche, die allezeit in ihnen die Kranke erblicken und ihren kleinen Eigentümlichkeiten wohlwollende Rechnung tragen, in grundsätzlichen Dingen hingegen desto bestimmter sind, besitzen über diese unglücklichen wankelmütigen Geschöpfe einen geradezu unbegrenzten, wohlthätigen Einfluss.

Entspricht eine Pflegefamilie den angedeuteten Bedingungen, so wird sie nicht selten in der Hysterischen ein nützliches und dankbares, wenn auch eigentümliches Hausmitglied haben, das sich dort sehr viel wohler fühlt wie in der Anstalt.

Eine Anzahl solcher Kranken kann die Segnungen der Familienpflege geniessen, wodurch — wir kommen später noch darauf zurück — die Anstalt von ihnen entlastet wird. Das ist, selbst wenn nur vorübergehend möglich, ein grosser Gewinn. Wie viel Epileptiker und Hysterische procentualisch in der Familienpflege besser wie in der Anstalt dauernd oder vorübergehend verbleiben, entzieht sich vorläufig der genaueren Beurteilung; es sei nur daran erinnert, dass in Gheel Zwei hundert dieser Kranken = 10 Procent des ganzen Bestandes in Familien wohnen.

Als Quarantäne oder Abhärtungsstation für geheilte oder gebesserte Epileptiker vor Rückversetzung in die alten heimischen Verhältnisse möchte ich auf Grund der Uchtspringer Erfahrungen die Familienpflege nicht missen.

Nächst den von Haus aus geistig Defecten eignen sich erfahrungsgemäss secundär Schwachsinnige und Verrückte am besten für die Familienpflege. Nachdem heutzutage, Dank dem günstigen Einfluss der zwangsfreien Behandlung, die chronischen Stadien der an und für sich nicht tötlichen unheilbaren Geistesstörungen wesentlich ruhiger verlaufen, ist die Zahl der für diese Pflegeform geeigneten Personen noch eher grösser als zur Zeit Griesingers, der damals schon glaubte, dass 20—25 Procent aller Anstaltskranken hierfür geeignet seien.

Man darf wohl behaupten, dass diejenigen Kranken, welche wegen Überfüllung der öffentlichen Anstalten zur Ueberführung in die meist sehr mangelhaft psychiatrisch versorgten Pflegeanstalten, Genossenschaftsanstalten, kleineren Privatanstalten usw. von den Leitern der öffentlichen Anstalten ausgesucht werden, überwiegend für diese freieste Verpflegungsform geeignet und empfänglich sind. Auch viele Altersdementen, zumal Frauen, eignen sich für Familienpflege und fühlen sich dort recht wohl. Den Beweis dafür liefert insbesondere die Colonie Dun sur Auron. Manche Paralytiker im Remissionsstadium lassen sich Monate bis Jahrelang in der Familie halten. Da gegenwärtig erfahrungsgemäss die Paralyse wesentlich langsamer und weniger stürmisch verläuft als früher, da die Remissionen häufiger und andauernder sind, dürfte doch eine Anzahl derartiger Kranken in Betracht kommen. Leichtere circuläre Psychosen, ferner chronische Melancholien und leichtere chronische Manien lassen sich in der Regel in der Familienpflege ganz gut halten, wie gerade Gheel lehrt.

Alles in Allem genommen greift man eher zu niedrig als zu hoch mit der Annahme, dass 25% aller derjenigen Kranken, deren sachgemässe Unterbringung nach Inkrafttreten des Gesetzes vom 11. Juli 1891 den Armenverbänden obliegt, an und für sich für diese freieste Verpflegungsform geeignet sind.

Ein factisches Beispiel, das ich persönlicher Mitteilung des Herrn Directors Peeter in Gheel verdanke, wird vielleicht mehr noch als die vorstehenden Ausführungen die Richtigkeit meiner Annahme darthun. Im Jahre 1880 wurde in Belgien eine etwa 500 Kranke zählende geschlossene Anstalt aufgelöst. Ihre Insassen wurden ungefähr zu gleichen Teilen an drei Anstalten und zwar an zwei andere geschlossene Anstalten und nach Gheel überwiesen. Nach Gheel kamen **155**, von denen nur drei nach einer geschlossenen Anstalt zurückversetzt zu werden brauchten, während die übrigen sämmtlich in der Familienpflege verblieben. Selbst angenommen nach Gheel seien thatsächlich nur die für Familienpflege geeignetsten überwiesen worden, kommt immer noch ein meine Annahme vollauf bestätigendes Procentverhältnis heraus.

Mit Recht wird man entgegenhalten, was in Gheel gelingt, ist nicht ohne weiteres auch anderswo durchführbar, wo man keine seit Jahrhunderten für diese Pflegeform vorbereitete Bevölkerung hat.

In der That wird die Menge und Art der in Familienpflege zu übergebenden Kranken in erster Linie abhängig sein von der Zahl und Güte der verfügbaren Pflegestellen, von der Möglichkeit für jeden einzelnen Kranken eine passende Pflegestelle zu haben und zu bestimmen.

Wenn auch das ursprüngliche Krankenmaterial und die Art und Weise, wie eine Anstalt von vornherein auf dieses Ziel hinarbeitet, für die Procentzahl der Familienpfleglinge wesentlich ist, liegt doch der Schwerpunkt in der Güte und richtigen Verteilung der zur Verfügung stehenden Quartiere, in der Zuverlässigkeit und Geschicklichkeit der Pflegefamilien. Darum ist das Auffinden und Heranziehen von solchen die unerlässlichste Vorbedingung zur erfolgreichen Gründung und Ausdehnung der familiären Irrenpflege. Darum muss der Leiter einer familiären Colonie die Eigenschaften und Sonderheiten der Pfleger ebensowohl kennen und berücksichtigen, wie die der Kranken. Ein Arzt, der in ländlichen Verhältnissen aufgewachsen, die kleinen Leute und ihre Lebensgewohnheiten aus erster Hand kennen gelernt hat, dessen Blick und Sinn von Jugend auf in der freien Natur geweckt ist, wird daher meistens für eine solche Stelle weit geeigneter sein als der in städtischen Verhältnissen gross gewordene Sohn vornehmer Eltern.

Ist es denn wirklich so schwer, gute Pflegefamilien zu finden? Scheitert hieran die Einführung und Ausbreitung einer sonst als gut anerkannten Verpflegungsform?

Lassen wir Thatsachen reden:

Wie vorhin schon angedeutet, wird selbst von den Zweiflern und den Gegnern des Gheeler Systems zugestanden, dass die Einwohner der Campine eine ganz besondere Geschicklichkeit im Umgang mit Geisteskranken besitzen. Die Einführung dieses Systems müsse anderswo, so wandten sie ein, allein schon an dem Fehlen einer durch Jahrhunderte hierzu vorgebildeten Bevölkerung scheitern. Da eröffnete Belgien im Jahre 1884

in Lierneux, einem Orte, an dem niemals vorher Geisteskranke in Pflege waren, inmitten eines ganz anderen Volksschlags eine zweite familiäre Colonie für die wallonischen Geisteskranken, die heute ebenfalls in voller Blüte steht und am 1. Januar 1897 bereits 419 Familienpfleglinge zählte. Von sachverständigen Augenzeugen habe ich erfahren, dass die Kranken dort ebenso gut aufgehoben sind, wie in Gheel. Und im Cher-Departement wurden in 6 Jahren für 674 Kranke Pflegestellen gefunden, von denen jetzt bereits $^4/_5$ gut sind. Dabei soll die französische Bevölkerung nach Angabe der belgischen Autoren zur Ausübung der Familienpflege nicht einmal so geeignet sein wie die deutsche. Auch die in Deutschland gemachten Erfahrungen sind nach der Richtung recht ermuthigend. In Bremen, in Ilten, auf dem Eichberg, in Bunzlau, in Klingenmünster u. s. w. hat es bisher an geeigneten Familien nicht gefehlt. Herr Director Sommer—Allenberg schrieb mir erst jüngsthin: „Die Nachfrage nach Pfleglingen ist von Anfang an viel grösser gewesen, als die Zahl der Irren, die ich für diese Verpflegung für geeignet hielt. In den letzten Jahren sind fast immer 18—22 Irre in Familienpflege gewesen. Ich hätte aber viel mehr unterbringen können, wenn ich mehr dazu Geeignete gehabt hätte.“

Das mag ja, so wird eingewendet, für ländliche Gegenden zutreffen, aber die Bevölkerung in der Umgebung der bestehenden Anstalten, die zweckmässiger Weise meist in der Nähe grösserer Städte errichtet wurden, entspricht in der Regel den notwendigen Voraussetzungen nicht, und aus diesem Grunde hat die Familienpflege vielerorts nicht eingeführt werden können und wird auch für die Zukunft keine günstige Aussicht haben. Man könnte die Millionenstadt Berlin mit ihren Vorstädten als Gegenstück anführen, woselbst bislang ein Mangel an Pflegern noch nicht zu Tage getreten ist, allein die Berliner Familienpflege, die vielfach eine Verquickung mit städtischer Armenfürsorge darstellt und auch die eigenen Familien der Kranken heranzieht, ist nicht ohne weiteres auf andere Verhältnisse zu übertragen und damit zu vergleichen. Man wird thatsächlich an dem überall erprobten Grundsatz festhalten müssen, zur

Einrichtung einer lebensfähigen und segensreichen Familienpflege seien ländliche Gegenden mit solchen Familien zu bevorzugen, welche eine redliche, menschenfreundliche und geduldige Gemütsart, dann aber auch eine gewisse Intelligenz und mittleren Wohlstand aufweisen (Wahrendorff.) Kleine Ackerbürger, Handwerker, Förster, überhaupt active und pensionirte Unterbeamte, denen eine weitere, wenn auch kleine regelmässige baare Nebeneinnahme im Interesse einer sorgenfreien Wirtschaftsführung erwünscht ist, werden allgemein als die geeignetsten Pfleger bezeichnet. Erwünscht ist, dass die Familie eigenes, wenn auch kleines Anwesen, Hof, Viehstand und Garten hat, sodass die erforderlichen Nahrungsmittel gewissermassen von selbst zuwachsen und eine passende Beschäftigung der Pfleglinge erleichtert wird. Ungeheuchelte Gottesfurcht, sittlicher Lebenswandel und menschenfreundliche, mildherzige Gesinnung sind unerlässliche Eigenschaften einer wahrhaft guten Pflegerfamilie. Gewiss werden all' diese Voraussetzungen bei der Nachbarbevölkerung grosser Anstalten nur selten oder überhaupt nicht zutreffen. Aber eine beschränkte Anzahl von guten Pflegefamilien wird sich auch hier finden lassen, zumal wenn brave ehemalige Wärter und Wärterinnen, die in der Nähe ein eigenes Heim gegründet haben, herangezogen werden, oder wenn, was auch aus anderen Gründen erwünscht ist, den älteren Wärtern anstaltsseitig eine Familienwohnung gewährt wird. Eine grosse Familienpflege ist aber bei einer vielhundertköpfigen Riesenanstalt in der Regel überhaupt nicht möglich, ja nicht einmal erwünscht. Eine zahlenmässig zu Buche schlagende Ausbreitung der familiären Irrenpflege, die eine wirkliche Entlastung der Anstalten bedeutet, wird erst dann zu gewärtigen sein, wenn in geeigneter Gegend im Anschluss an kleinere Centralen eigene Colonien für familiäre Pflege eingerichtet werden. Gegenden mit geeigneter Bevölkerung lassen sich ohne besondere Schwierigkeit in jeder Provinz finden, sobald man nicht an die Nähe der grossen Anstalt, der grösseren Städte und der Hauptverkehrsadern gebunden ist.

Mit diesen Centralen, die als Durchgangsstation für die an die Familienpflege abzugebenden, sowie zur Aufnahme der wegen Erregung pp., körperlicher Erkrankung, Siechthums usw. zurückversetzten Kranken dienen, kann zweckmässig eine nicht zu grosse Abteilung für Irrensieche verbunden sein, damit das Pflegepersonal ständige Beschäftigung hat und körperliche Pflege gründlich erlernt. Da in diesen Landesasylen, wie sie wohl am besten zu nennen sind, auch Heilbare und Besserungsfähige durchgehen, wird ihnen in den Augen der Kranken, der Angehörigen und des Publikums nicht jener Makel ankleben, der reinen Pflegeanstalten nie erspart bleibt.

Die Hälfte der Plätze kann für Pflegekranke dienen, während die übrige Hälfte den eigentlichen Familienpfleglingen als Durchgangsstation dient. Wie lange der einzelne Kranke vor dem Eintritt in die Familie hier weilt, lässt sich nicht bestimmen. Durchweg werden 6 Wochen genügen.

Diese Familienpflege-Colonien müssen zwar mit den grossen öffentlichen Anstalten, von welchen sie in der Regel ihre Kranken bekommen, in Zusammenhang und Fühlung stehen, dabei aber doch von einem erfahrenen, besonders geeigneten Irrenarzt, dem die nötigen Hilfskräfte zur Seite stehen, selbstständig verwaltet werden. Sämmtliche Anträge um Aufnahme und Versetzung eines Kranken in die familiäre Colonie gehen durch die Hand eines mit der familiären Verpflegung besonders vertrauten Anstaltsdirectors, der auch wegen etwaiger Rückversetzung eines Kranken in eine geschlossene Anstalt von dem Colonieleiter befragt wird. Beurlaubungen und Entlassungen in die Heimat, ebenso die Verschiebungen in der Familienpflege, die Rückversetzungen in die Centrale, sind Sache des Asylleiters, der auch die für jeden einzelnen Kranken an den Pfleger zu zahlende Entschädigung nach besimmten Normen festsetzt.

Damit der Asylleiter nicht zu sehr mit Verwaltungsgeschäften behelligt wird und sich ganz seiner Sonderaufgabe widmen kann, soll das Asyl nur 100, im **höchsten** Falle 150 Krankenbetten einer Verpflegungsclasse und — wenn grösser als für 100 — nur eines Geschlechts fassen.

Behufs Gewinnung und Heranbildung guter Pflegefamilien

müssen nach Möglichkeit Geistliche, Lehrer, Schulzen und sonstige intelligentere Persönlichkeiten von humanitärer Gesinnung und untadeligem Ruf als Vertrauenspersonen gewonnen werden. Durch populäre Vorträge und Schriften ist das Interesse und Verständnis für diese Pflegeform in der Bevölkerung zu wecken. Durch Erwirkung geringprocentiger Darlehen aus der Provinzialkasse, oder den Kreiskassen ist den dazu gewillten und geeigneten Familien die Vornahme der für den Zweck erforderlichen baulichen Umänderungen und Ausbauten zu erleichtern. Ich möchte ausdrücklich davor warnen, die Anlagen so zu machen, dass ohne Schwierigkeiten eine nennenswerte Vergrösserung der Asyle bewirkt werden kann. Es besteht dann die Gefahr, dass die Anstalt wächst, die Familienpflege zurückgeht.

Verdiente ehemalige Wärter und Wärterinnen der Anstalten, welche für den anstrengenderen und strammeren Anstaltsdienst nicht mehr ausreichen, können in diesen Colonien gewissermassen als Pioniere dienen und so eine dauernde gute Versorgung und Verwendung finden. Dass gerade ehemalige Angehörige des Pflegestandes besonders geeignet sind, wird von allen Autoren besonders hervorgehoben. Der Leiter der Colonie, welcher sich mit Sitten und Bräuchen der Gegend und ihrer Bewohner möglichst vertraut zu machen hat, muss seine ganze Kraft der familiären Aufgabe widmen und Pfleger wie Kranke derjenigen Detailberücksichtigung unterziehen, für die der Director einer modernen Riesenanstalt niemals Musse und nur in den seltensten Fällen Geschick hat. Denn es kann Jemand ein ausgezeichneter Irrenarzt, ein vorzüglicher Anstaltsleiter, ein „geborener Director“ sein, dabei aber — und vielleicht gerade deswegen — zum Schöpfer und Förderer einer familiären Irrenpflege keine besondere Beanlagung und Neigung haben.

Umgekehrt ist mancher Irrenarzt, der seiner ganzen Persönlichkeit und Beanlagung nach, trotz allem Wissen und aller Hinneigung zu seinem irrenärztlichen Beruf, für eine leitende Stellung in einer modernen Anstalt nicht geeignet, ja selbst nicht einmal gewillt ist, in ganz besonderem Grade für eine solche Aufgabe begnadet.

Und von der Wahl der richtigen Persönlichkeit des Arztes,

der eine solche Einrichtung ins Leben rufen und durch alle Fährnisse, die zumal im Anfang nicht ausbleiben, durchbringen soll, hängt überaus viel ab.

Wenn in der angedeuteten Weise zielbewusst vorgegangen wird, dürfte es — wie ja das Beispiel von Lierneux und Dun-sur-Auron gezeigt hat — nicht nur nicht schwer halten, passende Ortschaften und Pflegefamilien zu interessiren und heranzubilden, sondern auch, um einen Ausspruch Wahrendorffs zu gebrauchen, gelingen, die Familienpflege in Deutschland von den Schlacken zu reinigen, die ihr vielfach anderswo noch anhaften.

Die Billigkeit der Familienpflege, hat man eingewendet, soll dadurch wieder aufgewogen werden, dass die Kranken viel länger den Communen zur Last fallen, weil sie nicht rechtzeitig entlassen werden!

Der Einwand ist ungerecht. Dem mitten unter Gesunden in bürgerlichen Verhältnissen frei lebenden Familienpflegling, der im innigsten Contact mit dem anspornenden Getriebe des praktischen Lebens häufig die in der Anstalt verloren gegangene Energie wieder gewinnt, ist es doch jedenfalls, wie auch die Herzberger Erfahrung lehrt, weit leichter und näher gelegt, die Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse oder Erlangung einer Dienststelle anzustreben und durchzusetzen, als dem Leidensgenossen, der in der Anstalt zwar allerlei Freiheit und Behaglichkeit geniesst, aber immer noch am Gängelband der streng geregelten Hausordnung geführt wird und der zu Entschlüssen erforderlichen socialen Anregung und Selbständigkeit entbehrt. Dass auch die Angehörigen eine Rücknahme der Ihrigen weit eher wagen und begehren, wenn sie dieselben mitten unter Gesunden haben leben und arbeiten gesehen, liegt auf der Hand. Nach der Richtung bieten manche Anstalten, zumal die für Unheilbare bestimmten Pflegeanstalten weit grössere Gefahr; ich kenne solche, in denen überhaupt kaum jemals ein anderer Abgang als durch Tod zu Stande kommt.

Der Vorzug der Billigkeit kann diesem System nicht abgesprochen werden, denn das zu zahlende Pflegegeld zuzüglich der Kosten, die durch Bekleidung, Arzneien pp. entstehen, über-

steigt nach den gemachten Erfahrungen die Summe von 1 M. pro Tag und Kopf nicht. Selbst dann, wenn eigene Centralen für diese Verpflegungsart neu erbaut werden (im Preise von 300000 Mark für 100 Dauerbetten und bis zu 500 auswärts wohnenden Familienpfleglingen) betragen die Kosten nicht mehr als 1,30 M. pro Tag einschliesslich der Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals; bei der angenommenen Erweiterung bis zu insgesammt 800 Plätzen tritt entsprechende Herabminderung ein. Ich erinnere an das wirtschaftliche Ergebnis von Gheel und die neuerliche Mitteilung des Director Dr. Marie in Dun-sur-Auron, wonach die Gesammtkosten pro Tag und Kopf 1,40 Cent. = 1 M. 12 Pfg. betragen.

Der gewichtigste und berechtigste Einwand bleibt der erste. Die Behauptung, den Anstalten werden durch die Familienpflege gute Arbeitskräfte und friedfertige vermittelnde Elemente entzogen, muss bis zu einem gewissen Grade zugestanden werden.

Bedeutet das denn thatsächlich ohne weiteres eine Verschlechterung der Anstalten?

Jede Anstalt, zumal eine coloniale, braucht unzweifelhaft eine ganze Menge von Kräften zur Verrichtung der mancherlei Arbeiten, wie sie eine solche Riesenwirtschaft mit sich bringt. Wenn aber Ärzte und Beamte und ein sesshaftes wohlausgebildetes Pflegepersonal mit richtigem Verständnis, Geschick und Interesse alle arbeitsfähigen Kranken zur Arbeit anzuleiten und anzuhalten wissen, dann giebt es bald Ueberschuss an Arbeitskräften und es besteht die Gefahr, dass die dem ersten Anschein nach weniger arbeitsfähigen Kranken nicht genügend berücksichtigt werden. Wie manchmal hört man beispielsweise von dem Abteilungsarzt, dem Oberwärter usw. die Aeusserung: „Ja mit dem X möchte es wohl in der Spülküche gehen, aber da ist schon der Y, deshalb kann ichs noch nicht versuchen.“ Es ist daher im Interesse der zur Arbeit weniger guten, oder anscheinend weniger brauchbaren Kranken sehr erwünscht, wenn von Zeit zu Zeit ein Teil der sogenannten besseren Arbeitskräfte abgegeben wird. Auch

der Wetteifer des Personals und der Ärzte wird reger erhalten, wenn immer wieder neue Kranke anzuregen und anzuweisen sind, als wenn Jahraus, Jahrein die Arbeiten ausschliesslich in denselben Händen liegen. Wie köstlich und anspornend ist die Freude, wenn es gelungen ist, einen lange Zeit ganz abweisenden, nur seinen Sinnestäuschungen und Wahnideen hingegebenen Kranken, bei dem eine Beschäftigung aussichtslos erschien, nach und nach wieder zu einer geregelten Arbeit zu bewegen! In diesem Sinne bedeutet eine Abgabe eines Teiles der sogenannten guten Arbeitskräfte für Kranke und Personal keine Verschlechterung, sondern eher eine Verbesserung, eine Verjüngung der Anstalt. Director Peeters in Gheel hat, wie ich nachträglich ersehe, in einer seiner Schriften eine einschlägige praktische Mitteilung eines schottischen Irrenarztes veröffentlicht, die genau das Vorstehende auf Grund der Erfahrung bestätigt. Ueberdies eignen sich ja bei weitem nicht alle guten Arbeitskräfte zu der freiesten Verpflegungsform, werden doch z. B. solche mit Hang zu sexuellen Excessen, Brandstiften, zu Gewaltthätigkeiten usw. nicht abgegeben, obwohl gerade unter ihnen fleissige Arbeiter zu sein pflegen. Für die Versetzung in Familienpflege ist auch keineswegs in erster Linie die Arbeitsfähigkeit der ausschlaggebende Gesichtspunkt. Gerade in Schottland wird die Arbeitskraft der Familienpfleglinge nicht sonderlich hoch angeschlagen. Und manche Kranken, für die in der Anstalt nicht einmal passende Beschäftigung war, die darum auch nicht arbeiteten, werden draussen solche, die ihnen zusagt, finden, z. B. Kinderwartung, Kleinviehfütterung und dergl. mehr. Es giebt einen sehr grossen Procentsatz von Kranken, die für die Beschäftigung in der Anstalt überhaupt nicht zu gebrauchen sind und sich doch vorzüglich für die familiäre Verpflegung eignen.

Auch durch Entziehen der sogenannten versöhnenden, friedlichen Elemente werden die Anstalten, wenn überhaupt, kaum nennenswert zu Gunsten der Familienpfleglinge geschädigt. Es giebt ja in jeder Anstalt eine ganze Anzahl solcher Kranken, die Pflegedienste mit versehen, Unzufriedenen gut zureden, Aufgeregte zu besänftigen verstehen, die auch für

die nötige Unterhaltung und Erheiterung in trefflicher Weise sorgen. Sie fühlen sich auch selber derartig zum Anstaltsbetrieb gehörend, ja unentbehrlich, dass ihnen die Anstalt ohne ihre Mithilfe stark gefährdet erscheint. Diese Kranken fortzunehmen und in Familienpflege geben, würde allerdings eine Verschlechterung der Anstalt bedeuten. Aber das wird ja gar nicht der Fall sein, schon aus dem Grunde, weil diese Kranken in dem Gefühle ihrer Unentbehrlichkeit selber nicht in Familienpflege wollen und deshalb in der Anstalt bleiben. Immerhin wird es aber nicht zu umgehen sein, dass thatsächlich eine Anzahl friedfertiger, versöhnlicher Kranken nach der Familienpflege versetzt werden, weil sie selber dahin wollen, weil sie sich dort noch wohler fühlen als in der besten Anstalt. Mag ein Kranker sich in der Anstalt noch so nützlich machen, muss doch die Rücksicht auf die voraussichtliche Besserung seines Looses bei der Versetzung entscheidend sein, nicht diejenige auf den grösseren Vorteil der Anstalt. Denn die Anstalt ist der Kranken wegen da und nicht umgekehrt.

Die durch Bethätigung dieses Grundsatzes etwa erfolgende Benachteiligung der Anstalten wird dadurch bis zu einem gewissen Grade wieder ausgeglichen, weil eine nicht unbeträchtliche Anzahl solcher Elemente behufs Uebersiedelung in Familienpflege ausscheiden, die in der Anstalt nichts weniger als friedfertig und nützlich sind. Ebenso wie sich unter Gesunden ein nicht geringer Bruchteil von Menschen findet, die in Allem „etwas eigen“, „kleinlich“ oder übertrieben anspruchsvoll sind, die dem geselligen Verkehr aus dem Wege gehen, weil sie sich nicht genügend berücksichtigt finden, oder auch weil sie selber sich etwas zu vergeben meinen, giebt es auch unter den Anstaltsinsassen eine Masse von Kranken, bei denen die erwähnten Eigenschaften in pathologischer Vergrösserung recht unangenehm zu Tage treten.

So lange deren Zahl gering bleibt, kann auch in der Anstalt bis zu einem gewissen Grade ihren einsiedlerischen Neigungen und egoistischen Ansprüchen Rechnung getragen werden, häufen sich aber derartige unglückliche Elemente an, dann sind sie selber einander ein Dorn im Auge, dann ergehen sie

sich fortgesetzt und unaufhörlich in Quärulierereien über unverdiente Zurücksetzung durch Personal und Ärzte, über ungerechte Bevorzugung Anderer — kurzum sie verleiden durch beharrliches Begeifern aller und jeder Handlung dem geduldigsten und selbstlosesten Pflegepersonal die Arbeitslust und bilden für viele andere an und für sich zufriedene Kranken einen wahren Krystallisationspunkt der Unzufriedenheit. Vielen dieser unglücklichen Geschöpfe, die in der Anstalt sich selber und allen Anderen eine Last sind, wird durch Versetzung in eine passende Familie der Grund für ihre Ausstellungen, vor Allem aber der zur Verstärkung ihrer Klagen so günstige Resonanzboden der grossen Anstalt entzogen. In der Familie dreht sich Alles um sie und ihre kleinlichen Eigenheiten, dort wird ihnen Niemand vorgezogen, dort erblüht ihnen ein Glück, das die beste Anstalt nimmermehr zu bieten vermag.

Wenn auch nur die Hälfte dieser Quälgeister durch die Familienpflege den Anstalten abgenommen wird, ist das ein Gewinn, gegen den ein etwaiger anderweitiger Verlust nicht in Betracht gezogen werden kann.

Es zeigt sich auch hier wiederum, dass Anstaltsinteresse und Familienpflege sich nicht im Wege stehn, sondern sich glücklich ergänzen und wirksam Hand in Hand gehen bei Erreichung des von beiden erstrebten Ziels, des Wohles der Kranken.

Wenn die gegen Einführung und Ausbreitung der familiären Irrenpflege aufgeworfenen Bedenken überhaupt nicht, oder doch nicht annähernd in dem angegebenen Grade zu Recht bestehen, wenn ein nicht geringer Procentsatz — und ich schätze ihn auch nach Abzug der an und für sich zwar hierfür geeigneten, aber im Interesse der Anstalt dortselbst zu belassenden auf mindestens 15% — der Geisteskranken auf die Weise zweckmässiger und billiger behandelt und verpflegt werden kann, dann erwächst den beteiligten Anstaltsleitern und Verwaltungsbeamten im Interesse der Kranken wie der Steuerzahler die unabweisbare Pflicht, diesem Zweig der praktischen Irrenfürsorge erhöhte Aufmerksamkeit und Beachtung zu schenken und Ver-

wirklichung zu verschaffen. An Schwierigkeiten und Arbeit wird es ja nicht fehlen, wie bei jeder neuen, grossen Aufgabe. Aber unverdrossene Schaffensfreudigkeit und überzeugungstreue Zuversicht werden mit Gottes Segen zielbewusst die Hindernisse wegräumen und der guten Sache zum endlichen Sieg verhelfen. Es ist das Zeichen eines kleinlichen Geistes, überall nur Schwierigkeiten zu erblicken, ohne an die erfolgreiche Bekämpfung heranzugehen.

Dass gegenwärtig vielerorten bei berufenen Männern ein so warmes Interesse für die Entwickelung der familiären Irrenpflege erwacht ist, bedeutet einen verheissungsvollen Abschluss des auch in der praktischen Irrenfürsorge an Erfolgen so reichen neunzehnten Jahrhunderts.

Dem kommenden fällt die Aufgabe zu, der Familienpflege die gehörige Gestaltung und Ausdehnung zu verschaffen. Damit wäre dann die höchste, vollkommenste Stufe der freien Irrenbehandlung erreicht. Denn die familiäre Irrenpflege gewährt, wie unser grosser Meister Griesinger sagt, den Kranken das, „was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches sociales Medium, die Wohlthat des Familienlebens“.

Anhang.

Bestimmungen über die Familienpflege.*)

§ 1.

Es werden bei einer und derselben Familie nicht mehr als 3 Kranke zu gleicher Zeit in Pflege gegeben.

§ 2

Die Kranken, welche einer Familie zur Pflege überwiesen sind, bleiben nach wie vor zur Anstalt gehörig und unterstehen demnach der Aufsicht des Anstalts-Directors, bezw. der von diesem bestimmten Organe. Die Kranken können jederzeit, falls der Anstalts-Director dies für erforderlich oder wünschenswerth hält, aus der Familienpflege zurückgenommen werden.

§ 3.

Die Ausstattung der für die Kranken bestimmten Zimmer, einschliesslich Bettwäsche, wird von Seiten der Anstalt besorgt. Ebenso wird die Garderobe und Leibwäsche den Kranken von der Anstalt geliefert.

Der Pfleger ist verpflichtet, für Schonung der ihm überwiesenen Möbel und sonstigen Gegenstände nach Möglichkeit zu sorgen.

§ 4.

Die Reinigung der Bett- und Leibwäsche, sowie auch die Ausbesserung der Garderobe liegt dem Pfleger ob; nur die Reparaturen des Schuhwerks werden von der Anstalt übernommen. Im Bedarfsfalle hat der Pfleger auch für Heizung in den für die Kranken bestimmten Räumen Sorge zu tragen.

§ 5.

Der Pfleger hat den ihm anvertrauten Kranken die nothwendige Aufsicht angedeihen zu lassen und besonders auf das

*) Die Bestimmungen für die Uchtspringer Familienpflege sind unter Anlehnung an die anderwärts bestehenden entworfen und von der zuständigen Behörde genehmigt.

sittliche Verhalten derselben Bedacht zu nehmen. Allen besonderen ärztlichen Anordnungen in Bezug auf die Kranken hat er pünktlich und gewissenhaft nachzukommen, unbeschadet seines Rechts, im gegebenen Falle die Entscheidung des Anstalts-Directors zu erbitten.

§ 6.

Es wird dem Pfleger eine wohlwollende und freundliche Behandlung der Kranken zur Pflicht gemacht; unter keinen Umständen darf derselbe gegen die ihm überwiesenen Kranken thätlich werden. Misshandlungen der Kranken seitens des Pflegers würden die sofortige Zurücknahme der Kranken und ev. auch Anzeige bei der Staatsanwaltschaft bezw. Entlassung aus dem Anstaltsdienste nach sich ziehen.

§ 7.

Der Pfleger muss darauf bedacht sein, die ihm überwiesenen Kranken entsprechend im Hause und Garten zu beschäftigen. Jedoch darf nie die Arbeit durch Strafe oder harte Behandlung erzwungen werden. Kranke bei fremden Leuten gegen Entgelt zu beschäftigen ist nur nach vorheriger ausdrücklicher Genehmigung des Anstalts-Directors gestattet, der dadurch etwa erzielte Lohn fliest in die Extrakasse der Kranken.

§ 8.

Die Kranken haben Tags ihren Aufenthalt und berechtigten Platz in dem Familienzimmer des Hauses; sie nehmen an den Mahlzeiten der Familie theil und erhalten dieselbe Beköstigung wie die Familie des Pflegers.

Cigarren und Taback, ebenso wie etwa nothwendige Medicamente werden von der Anstalt geliefert.

§ 9.

Der Pfleger hat für tägliche körperliche Reinigung der Kranken früh Morgens und, so oft es sonst erforderlich erscheint, zu sorgen; ebenso hat der Pfleger darauf zu achten, dass die Kranken sich sauber und ordentlich in der Kleidung halten. Mindestens einmal in der Woche ist die Leibwäsche der Kranken zu wechseln.

§ 10.

Einmal in der Woche an einem näher zu bestimmenden Tage sind die Kranken zur Anstalt zu bringen, woselbst ihnen ein Bad verabfolgt, sowie auch eine Wägung des Körpers und ev. eine körperliche Untersuchung vorgenommen wird.

§ 11.

Den Kranken steht, soweit ärztlicherseits Bedenken gegen den Kirchenbesuch nicht vorliegen, die Teilnahme an den regelmässigen Anstalts-Gottesdiensten jederzeit frei. Diejenigen Pfleglinge, welche noch im schulpflichtigen Alter stehen, haben auch, nachdem sie in Familienpflege versetzt sind, die Anstaltsschule weiter zu besuchen.

§ 12.

Bei den ärztlichen Besuchen hat der Pfleger genau über alle seine bei den Kranken gemachten Beobachtungen zu berichten. Von besonderen Vorkommnissen, als auffälliger Veränderung im körperlichen oder geistigen Befinden, Fluchtversuchen, Entweichungen, Aufregungszuständen oder Widersetzlichkeiten ist dem Anstalts-Director jedoch unverzüglich Meldung zu erstatten. Bei Entweichungen sind ausserdem auch sofort zur Wiederergreifung des Kranken Schritte zu thun.

§ 13.

Der schriftliche Verkehr der Kranken mit ihren Angehörigen geht durch die Hand des Anstalts-Directors; ebenso bedürfen Besuche bei den Kranken der vorherigen Genehmigung des Anstalts-Directors. Dem Pfleger ist nicht gestattet, in directe Correspondenz mit den Angehörigen der ihm anvertrauten Kranken zu treten.

§ 14.

Als Vergütung für seine Leistungen erhält der Pfleger für jeden Kranken pro Tag 60 Pfg.,*) die Beträge werden postnumerando an jedem letzten des Monats dem Pfleger von der Anstaltskasse ausgezahlt.

*) Den nicht zum Dörfchen Wilhelmseiche gehörigen Familien wird pro Tag und Kopf 70—90 Pfg. vergütet.

Druck von Ferdinand Heyl in Egeln.

Litteratur.*)

Alt, Beitrag zur Wärterfrage mit besonderer Berücksichtigung der familiären Irrenpflege. Monatsschrift für Psych. u. Neurose. Bd. I.

„ Ferdinand Wahrendorff, Nekrolog. Münch. Med. Woch. 1898, Nr. 38.

„ Zu der beabsichtigten Einrichtung der sog. Kreisfamilienpflege. „Die Irrenpflege". II. Jahrg., S. 199.

„ Uchtspringer Verwaltungsbericht. I u. II.

Baschenow, Beschreibung der neuen Gouvernements-Irrenanstalt bei Rjasan. Allg. Z. f. Psych. Bd. 44, S. 270.

Bockhorn, Das Wärterdorf „Wilhelmseich". (Die Irrenpflege.) II. Jahrg., S. 142.

Bothe, Über Familienpflege Geisteskranker. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49, S. 650.

„ Die familiale Verpflegung Geisteskranker. Berlin 1893.

Brosius, Über das familiale System der Irrenbehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 22, S. 438.

Cramer, Ein Besuch in Gheel. Allg. Z. f. Psych. Bd. 25, S. 419.

„ „ „ Irrenfreund. Jahrg. 1867.

„ „Über No. restreint" im Verein schweiz. Irrenärzte. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 26, S. 231.

Cyon, „Über Irrenpflege und Irrenanstalten". Virch. Arch. Bd. 42, S. 419 u. 545.

Depéron, Du patronage familial des aliénés à Lierneux. Liège 1898.

*) Die Litteratur über Familienpflege, insbesondere über Gheel, ist so umfangreich, dass eine vollständige Aufzählung Bogen füllen würde. Hier sind nur die hauptsächlich in Betracht kommenden Aufsätze, Schriften pp. aufgeführt. Viele Angaben entstammen den einschlägigen Verwaltungsberichten, sowie den freundlichen, theils mündlichen, theils brieflichen persönlichen Mitteilungen der Herren Collegen, denen der Verfasser auch an dieser Stelle seinen innigsten Dank ausspricht.

Eckhard. Die Familienpflege in Göcklingen. „Die Irrenpflege". II. Jahrg. S. 79.

Engelken. Bericht über die familiäre Verpflegung Geisteskranker zu Ellen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. S. 173.

„ Zur familiären Verpflegung Geisteskranker. „Die Irrenpflege". II. J. S. 49.

Falkenberg. Über Familienpflege Geisteskranker. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. (Heft 4 u. 6).

Gheel. De Kerk van sinte Dimphna. Gheel 1888.

„ Legende de Martelaren van Gheel. Gheel 1897.

„ Règlement de l'infirmerie de Gheel. (Le Ministre de la justice 1890).

Gowsjeew. Die Familienpflege Geisteskranker in Ekaterinoslaw. Russ. Arch. f. Psych. Bd. 25. H. I.

Griesinger, Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland. Arch. f. Psych. Bd. I.

„ Über die familiale Verpflegung. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 22. S. 390.

Güntz. Die Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Thonberg im ersten Vierteljahrhundert ihrer Wirksamkeit. Leipzig 1861

„ Ein Beitrag zur Frage über Irrencolonien. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 18. S. 329.

Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Jena 1875.

Hesse, Gheel und seine Irrencolonie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41. S. 404.

„ Einiges über Familienpflege in Ilten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43. S. 507.

Heuckenkamp, Die heilige Dimphna. Inaug. Dissert. Halle 1887.

Hübertz, Om Daare vaesenets Indretning i Danmark. Kjoebenhawn 1843.

Janssens, St. Dimphne, patronne de Gheel. Lierre 1894.

Jolly, Ueber familiale Irrenpflege in Schottland. Arch. f. Psych. Bd. V. S. 164.

„Die Irrenpflege", I. J. S. 26, 45, 196, 216, 218, 242. II. J. S. 22, 92, 181, 182, 199, 202, 231.

Isensee, Neuere und neueste Geschichte der Heilswissenschaften. Berlin 1845.
Kirchhoff, Grundriss einer Geschichte der Deutschen Irrenpflege. Berlin 1890.
Koolhaas, Englische und schottische Reiseeindrücke. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 55. S. 345.
Korsakow, Zur Frage über die Verpflegung Geisteskranker in der Familie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. S. 274.
„ Lehrbuch der Psychiatrie. Moskau 1893.
Laehr, Gedenktage der Psychiatrie. IV. Aufl. Berlin 1893.
„ Fortschritte des Irrenanstaltswesens in Deutschland. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41. S. 592.
Landerer, Thesen über die Entwicklung von Irrencolonien. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. S. 84.
Le Progrès Medical. 1898.
Moeli, Die Irrenanstalt Herzberge. Berlin 1896.
Näcke, Belgische Musteranstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49. S. 719.
Notton, Das Leben des heiligen Wendalinus. Saarlouis 1896.
Paetz, Die Colonisirung der Geisteskranken. Berlin 1893.
Peeters, L'assistance et le classement des aliénés en Belgique. 1897.
„ L'assistance et le classement des aliénés dans d'autres pays. Gand 1898.
„ La réforme de l'assistance des aliénés. Gand 1898.
„ Gheel Toevluchtsoord voor Krankzinnigen.
Reil, Rhapsodieen. Halle 1803.
Ripping, Das System der familial. Pflege in England u. Schottland. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 31. S. 97, 252.
Roller, Die Irrencolonie Gheel. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 15, S. 412.
„ Über Irrenfürsorge. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 24, S. 237.
„ Fürsorge für die Irren ausserhalb der Anstalten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35, S. 512.
Schmitz, Weitere Mitteilung über das Irrenwesen in Spanien. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43, S. 211.

Schroeter, Zur Familienpflege geisteskranker Frauen. „Die Irrenpflege". II. Jahrg., S. 45.

Siemerling, Über schottische, englische und französische Irrenanstalten. Archiv f. Psych. Bd. 17, S. 584.

Sioli, Über die Familienpflege der Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46, S. 507.

Snell, Familienpflege in Moskau. „Die Irrenpflege". II. Jahrg., S. 70.

Toulouse, Rapport au nom de la Sous-commission chargée étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse. Paris 1898.

Turnbull, Familienpflege für Geisteskranke. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46, L. S. 380.

Wahrendorff, Das Asyl zu Ilten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 31, S. 679.

„ Das Asyl Ilten. Braunschweig 1888.

„ Mitteilungen aus dem Anstaltsleben. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35, S. 440.

„ Über den bisherigen Stand der familialen Irrenpflege in Ilten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38, S. 340.

„ Über den jetzigen Stand der familialen Irrenpflege in Ilten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39, S. 275.

„ Über Familienpflege. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, S. 405.

„ Zur familiären Irrenpflege. „Die Irrenpflege". I. Jahrgang, S. 26.

.Die

rren-

Allg.

hrg..

rgee
en

ehr.

ch.

f.

ge
0.
in

d.

Über familiä

Von Dr. Konrad Alt, Direktor und Chefarzt der

Taf

Lageplan des W

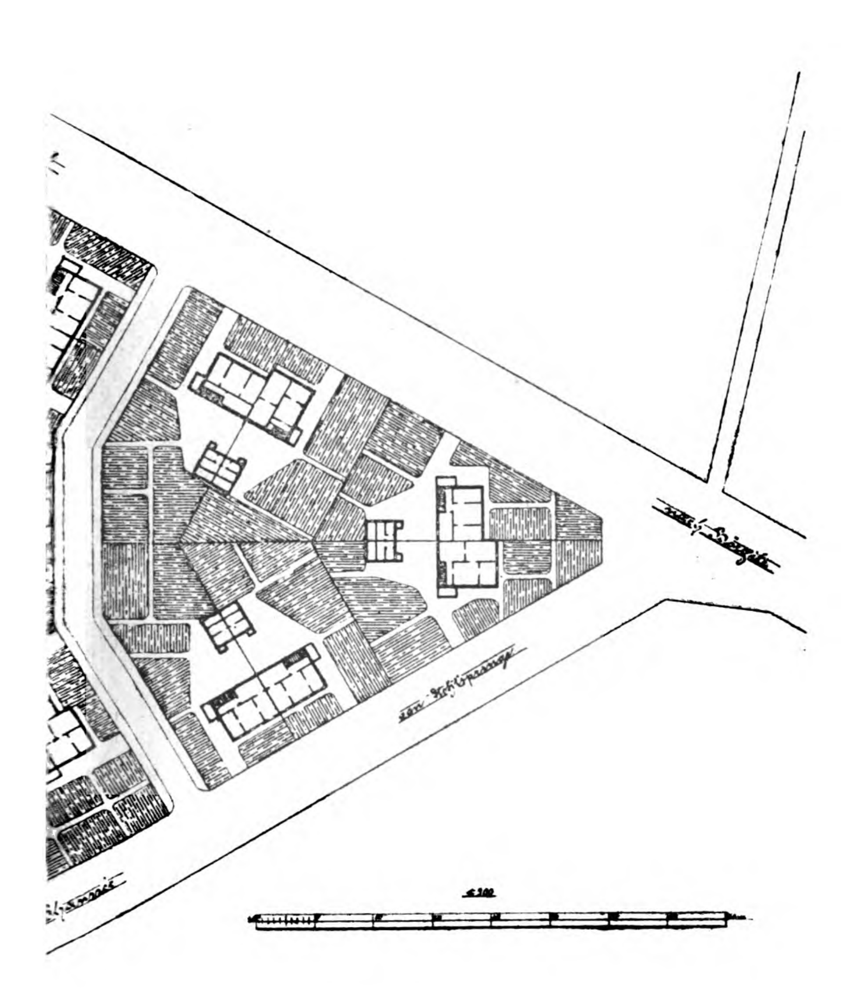


e Irrenpflege.

Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

l I.

„Wilhelmseich“ bei Uchtspringe.

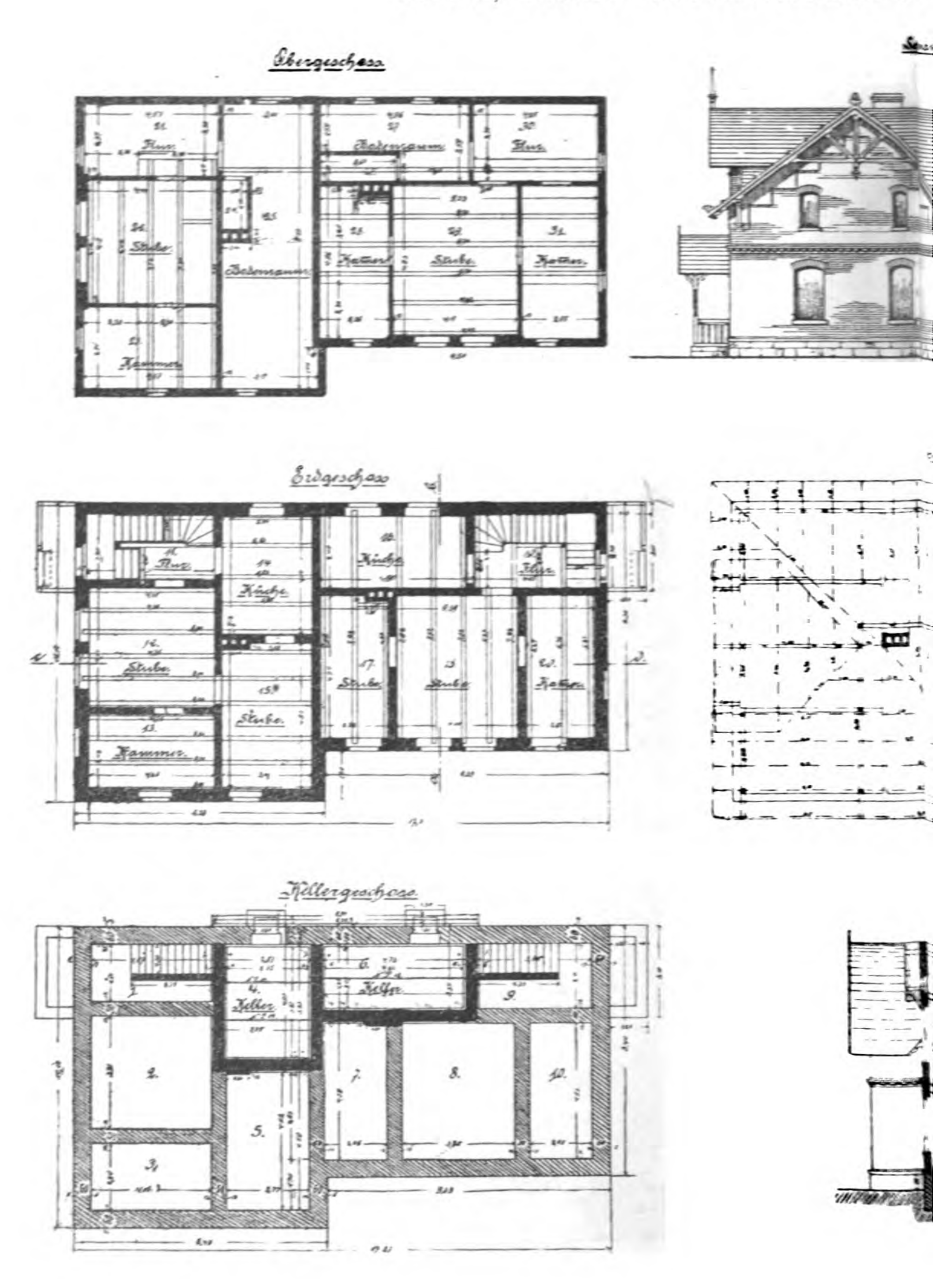


Über familiär

Von Dr. Konrad Alt, Director und Chefarzt der

Tafel.

Ansicht, Grundriss und Höhenschnitt ein



e Irrenpflege.

andes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark).

II.

s Wärterdoppelhauses in Wilhelmseich.

